
81.





REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGT-ET-UNIÈME ANNÉE

TOME XLI

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1893

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XLI

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XLI

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Recherches expérimentales sur le trajet des fibres centripètes dans la moelle épinière, par BERDEZ (*Revue méd. Suisse romande, XII*, 300, *mai* 1892).

Berdez a recherché l'origine des fibres du faisceau de Goll, en étudiant les dégénérescences secondaires à la section des racines postérieures, avec l'aide de la méthode de Marchi et Algeri. Voici ses conclusions :

1° Chez le cobaye, les fibres longues du cordon de Goll sont, en grande partie, la continuation directe des fibres radiculaires postérieures; il en est même qui remontent depuis la queue de cheval jusqu'au noyau bulbaire du cordon postérieur.

2° La partie interne du cordon postérieur n'est pas uniquement formée de fibres d'origine radiculaire.

3° Il y a des fibres dégénérées ascendantes dans les cordons antérolatéraux, bien plus clairsemées, il est vrai, que dans les cordons postérieurs, mais à peu près également réparties des deux côtés. Ces fibres dégénérées entourent la substance grise au niveau de la lésion; mais peu à peu elles s'en éloignent et finissent par se placer à la périphérie du cordon. Le grand nombre de fibres dégénérées qui se massent au niveau des faisceaux cérébelleux mérite une mention spéciale; Lœwenthal a d'ailleurs observé déjà une dégénérescence du cordon cérébelleux direct à la suite de sections des racines postérieures.

4° Ces expériences confirment le fait avancé par Oddi et Rossi (*R. S. M.*, XXXVIII, 465) que la dégénérescence ascendante, après section des racines postérieures d'un côté, est bilatérale, quoique beaucoup plus prononcée du côté où a été faite la lésion; elle tend aussi vers l'angle postéro-interne du cordon. Le passage des fibres d'un côté à l'autre se fait probablement par les parties postérieures de la commissure grise.

5° Elles confirment également l'existence de fibres descendantes dans le cordon postérieur démontrée par Kœlliker (*R. S. M.*, XXXVII, 406)

et Ramon y Cajal (*R. S. M.*, XXXVII, 405) au moyen d'une autre méthode. Les fibres dégénérées descendantes occupent la partie moyenne du cordon postérieur. On en voit aussi dans les cordons antéro-latéraux, peut-être moins nombreuses que les fibres ascendantes. Comme celles-ci, d'abord contiguës à la substance grise, elles s'en écartent peu à peu pour se ranger à la périphérie. (*R. S. M.*, III, 7, 578 et 580; XII, 12; XXIV, 3; XXXVII, 59.) J. B.

Ascending degenerations resulting from lesions of the spinal cord in monkeys, par Frederick W. MOTT (*Brain*, n° 58, *p.* 215, 1892).

D'une série de recherches expérimentales sur les singes (hémisections de la moelle et sections partielles des divers cordons), l'auteur tire d'intéressantes conclusions relativement à l'origine et au trajet des fibres connectives allant au cervelet.

La portion périphérique des cordons antérieurs et latéraux de la moelle consiste, pour la plus grande partie, en fibres cérébelleuses ascendantes et descendantes. Les premières peuvent être divisées en une portion ventrale et une portion dorsale (tractus cérébelleux dorsal et ventral ascendant) par opposition aux dernières, qui constituent le tractus cérébelleux direct antérolatéral. La portion ventrale peut être complètement divisée chez le singe sans produire d'analgésie. Les deux portions réunies, constituant le tractus cérébelleux ascendant, servent de connexion entre les cellules spinales et le vermis supérieur du cervelet. La portion dorsale réunit les cellules de la colonne de Clarke à la portion dorsale du vermis supérieur : la portion ventrale réunit certaines cellules de la moelle à la portion ventrale de ce même vermis.

Ce dernier faisceau, chez le singe, forme une anse remarquable au-dessous et en avant de l'origine du nerf trijumeau, puis s'infléchit en anses pour rejoindre la portion antérieure du vermis, à travers la protubérance. H. R.

Ueber den centralen Ursprung des Hirnschenkelfusses beim Kaninchen (Sur l'origine centrale du pied du pédoncule cérébral), par BUMM (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, XX*, 2-3, *p.* 121, 1892).

1) La partie interne du pied du pédoncule (faisceau pyramidal) émane des circonvolutions frontales dans la couche des grandes cellules pyramidales directement des prolongements nerveux de celles-ci.

2) La partie externe du pied du pédoncule émane (ou plutôt se termine) *a*) par un faisceau (faisceau hémisphérique) de l'écorce des lobes pariétal et occipital; et *b*) par un faisceau (faisceau du corps strié) de l'écorce du corps strié; ce dernier faisceau émane dans la substance grise du corps strié, soit directement, soit indirectement, de certains groupes de cellules ganglionnaires. P. M.

Les granulations de Pacchioni ; les lacunes veineuses de la dure-mère, par TROLARD (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n°s 1 *et* 2, 1892).

Les granulations méningiennes prennent naissance dans l'arachnoïde viscérale et sont primitivement indépendantes de la dure-mère et de la pie-mère ; lorsque ces corpuscules ont acquis un certain volume, ils pénètrent, d'une part, dans les mailles de la dure-mère, et, d'une autre

part, entraînent avec eux la pie-mère, ou plutôt effacent l'espace sous-arachnoïdien par l'accollement de celle-ci à la face profonde de l'arachnoïde viscérale. Leur origine primitive est un soulèvement local de l'arachnoïde, un petit sac herniaire contenant du liquide céphalo-rachidien ; sa structure très simple se réduit à une enveloppe constituée par la méninge et contenant du liquide céphalo-rachidien avec un peu de tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Puis la paroi s'épaissit, et en même temps la granulation naissante se renfle à son extrémité supérieure, s'étranglant à sa base d'implantation. C'est alors que la granulation s'insinue à travers les interstices fibreux de la dure-mère. Si à ce moment elle rencontre un espace lacunaire de la dure-mère, elle s'y renfle, de façon qu'elle ne pourra plus repasser par le trajet qu'elle a suivi ; elle forme une sorte de rivet fixé dans la dure-mère. En effet, son pédicule s'est rétréci de manière à oblitérer toute communication entre l'espace sous-arachnoïdien et la cavité de la granulation, et cette cavité elle-même a disparu, remplacée par un tissu de plus en plus dense. La granulation continuant son mouvement extensif et ascensionnel achève de perforer la dure-mère et arrive au contact de la surface osseuse qu'elle érodera et creusera également ; parfois elle gagne le sinus voisin ou les veines voisines. En même temps, son tissu atteint son maximum de densité et présente des concrétions pierreuses.

Ces granulations méningées n'étant pas des produits pathologiques, leur existence constante à partir d'un certain âge doit être liée à un usage, à une fonction particulière. Après avoir passé en revue les opinions de Faivre, qui y voyait des produits d'excrétion, de dépôt, dont l'âge déterminerait normalement la production, de Key et Retzius, qui en font des lieux de passage, par infiltration et endosmose, du liquide sous-arachnoïdien vers les sinus veineux, l'auteur montre que la seule indication des régions où sont placés les corpuscules semble suffire pour indiquer un de leurs usages, qui est d'attacher les parties les plus élevées du cerveau et du cervelet à la dure-mère, dans les points où celle-ci est solidement adhérente aux os. M. DUVAL.

Sur le développement des fibres du grand sympathique, par TAFT (*C. R. de la Société de biologie, p.* 231, 19 *mars* 1892).

Les fibres de Remak sont des fibres nerveuses, composées, d'après Ranvier, de fibrilles (cylindraxes) sur lesquelles s'étendrait, comme une sorte d'enveloppe, une masse protoplasmique multinucléaire dont les noyaux seraient refoulés à la périphérie. A l'origine, le sympathique est un tractus cellulaire plein : les cellules ont un grand noyau sphérique et peu de protoplasma, et sont rangées plus ou moins régulièrement. Une partie de ces cellules reste à l'état de cellules et forme les ganglions; l'autre se transforme en fibres. Pour cela, le protoplasma augmente de quantité, s'accumule entre les noyaux qui s'éloignent en gardant leur forme sphérique et s'étire en fibres. Puis les noyaux s'allongent et prennent la forme connue. Le noyau n'est donc pas étranger à la fibre, mais lui appartient en propre. DASTRE.

Origines et centres trophiques des nerfs vaso-dilatateurs, par J.-P. MORAT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 20 *juin* 1892).

Les nerfs inhibiteurs des vaisseaux quittent la moelle, les uns par la voie des racines antérieures, les autres par la voie des racines postérieures. Ceux qui sont contenus dans la racine postérieure ont leur centre trophique dans le ganglion correspondant, absolument comme les nerfs sensitifs eux-mêmes; les autres, ceux qui sont dans les racines antérieures, ont leurs centres trophiques dans la moelle, comme il était facile de le prévoir. Mais quant à ce rapprochement des vaso-dilatateurs et des nerfs sensitifs au point de vue particulier de leur trophicité, c'est une donnée absolument inattendue. M. DUVAL.

Sur la terminaison nerveuse dans les faisceaux musculaires et sur leur signification pathologique, par A. RUFFINI (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 106 *et Atti delle R. Accad. dei Lincei*, 1892).

Dans les fuseaux musculaires de l'homme et du chat se trouvent de véritables plaques terminales à caractères spéciaux. Chez le chat, le cylindraxe, rubané, entoure les fibres striées de spirales ou d'anneaux : c'est la *terminaison à rubans annulo-spiralés.* — Il y a une autre espèce, c'est la *terminaison à fleurs.* Chez l'homme, la fibre pâle s'enroule aussi autour des fibres striées, et elle se termine par de très nombreux renflements en boules. La plaque prend une physionomie particulière. Il y a aussi chez l'homme beaucoup de terminaisons à fleurs. — En outre, chez l'homme et chez le chat, il y a le long des fibres musculaires striées du fuseau de petits entrelacements ou plaquettes isolées. Les fuseaux musculaires peuvent être regardés comme des organes nerveux spéciaux à fonction inconnue, mais non comme des fibres ou faisceaux de fibres musculaires en voie de développement. DASTRE.

Recherches sur la formation des plaques motrices, par S. TRINCHESE (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 404, 1892, *et Memorie dell R. Accad. de Bologna*, *V*, *II*).

Dans les fibres musculaires jeunes le lieu où se formera la plaque motrice est indiqué par la présence d'un gros noyau fondamental et d'une petite couche de substance granuleuse. Les premiers myococcus ou neurococcus se forment ensuite, soit au milieu de cette substance, soit à une petite distance de celle-ci, à la surface de la fibre musculaire. Plus tard apparaît un noyau vaginal, et, ensuite, un mince cylindre-axe, avec un noyau de l'arborisation situé sur le point où le cylindre se bifurque. Les neurococcus augmentent graduellement en nombre et se disposent en série le long du cylindre-axe qu'ils embrassent. Puis, les noyaux fondamentaux et enfin les noyaux vaginaux se multiplient. Les ramifications du cylindre-axe avec nouveaux noyaux de l'arborisation se multiplient elles aussi et s'allongent vers la périphérie de la plaque. Les derniers filaments nerveux portent à leur extrémité terminale un micrococcus ovoïde ou pyriforme. Quand le développement de la plaque est accompli, très peu de micrococcus se trouvent le long des branches de l'arborisation; le plus grand nombre occupent la périphérie de la plaque. Cette disposition est caractéristique chez les torpilles et les raies, moins

accentuée chez la couleuvre (Tschirjew) et dans la régénération des plaques du cobaye (Gessler). DASTRE.

Ueber Blutzellenbildung in Leber und Milz... (De la formation de cellules sanguines dans le foie et la rate dans les conditions normales et pathologiques), par Martin B. SCHMIDT (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XI*, 2, *p.* 199, 1892).

L'auteur montre par des énumérations comparées que le sang des veines sus-hépatiques contient chez le fœtus plus de cellules rouges nucléées que celui des veines-portes. Ce que confirme l'examen des coupes où les veines centrales sont bien plus riches en globules à noyau que les veines-portes. Parmi les cellules que contient le suc du foie, il en existe d'incolores, ressemblant aux leucocytes, et de colorées. Ces cellules des deux ordres naissent dans des foyers cellulaires qui paraissent renfermés dans des vaisseaux ectasiés, comprimant autour d'eux des cellules hépatiques. L'origine des cellules hématiques serait dans la multiplication des endothéliums vasculaires, où l'on voit souvent des noyaux multiples. Mais de l'endothélium, il ne naît que des cellules incolores : celles-ci peuvent se diviser ensuite pour donner naissance par mitose à de nouveaux globules blancs. Elles peuvent aussi acquérir de l'hémoglobine, et les cellules rouges, ainsi formées, sont susceptibles de se diviser encore par mitose. Cette transformation des cellules blanches en rouges est indubitable, en raison du grand nombre de formes intermédiaires que renferme chaque goutte de sang fœtal. Les cellules géantes ne sont, pour cet auteur, que des anomalies de développement de l'endothélium vasculaire.

Les autres organes de l'embryon ne paraissent pas, comme le foie, former du sang par l'intermédiaire de leurs vaisseaux. Il faut cependant faire une exception pour la rate. Mais la rate paraît jouer un rôle moins actif que le foie.

Dans la leucémie, le foie peut reprendre l'état embryonnaire et donner naissance à des globules rouges à noyau. Le fait est probable, mais moins facile à démontrer pour la rate. C. LUZET.

Zur Histologie u. zur systematischen Stellung... (Sur l'histologie et la position systématique des tissus muqueux ou gélatineux de l'homme), par G. KICKHEFEL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXIX*, 3).

Kickhefel a examiné le tissu du cordon ombilical et le tissu conjonctif sous-cutané avant l'apparition des cellules graisseuses. En second lieu, il a étudié la régression que subit le tissu adipeux quand il se transforme en tissu gélatineux, à un âge avancé par exemple. Des transformations semblables ont lieu, à la suite de troubles nutritifs, dans le tissu adipeux qui siège dans le hile du rein et dans plusieurs cas pathologiques.

Voici les résultats de ces recherches :

1° L'état muqueux ou gélatineux (tissu muqueux de Virchow) est une forme dans laquelle le tissu conjonctif montre les éléments suivants : 1° des cellules permanentes ou fixes ; 2° une substance fondamentale, finement granuleuse, homogène ou fibreuse, de composition chimique

variable, et le plus souvent riche en mucine ; 3° des canaux lymphatiques ; 4° des capillaires plus ou moins abondants ;

2° La substance fondamentale n'est pas un produit d'excrétion des cellules ; elle résulte de la multiplication des cellules, dont les unes se transforment en une substance homogène ou granuleuse, tandis que les autres élaborent une substance fibreuse ou réticulée. Après avoir élaboré ces produits, les cellules passent à un état de sommeil, d'où elles peuvent ensuite probablement sortir ;

3° Les canaux lymphatiques et les capillaires se forment également aux dépens de cellules ayant chacune un noyau ; mais, plus tard, ces cellules deviennent dormantes, de sorte que la lymphe parcourt des canaux privés de noyaux. Lorsque la lymphe est abondante, ces tissus présentent l'aspect d'un tissu conjonctif œdématié ;

4° Au point de vue histologique, le tissu muqueux ne forme pas un groupe semblable aux tissus fibreux, adipeux, cartilagineux, musculaire ou nerveux ;

5° Au point de vue systématique, le tissu muqueux occupe une position spéciale, puisqu'il ne constitue pas un tissu définitif dans aucun organe adulte : il ne représente qu'une modification, un *état muqueux*.

6° *Le tissu muqueux n'a donc point d'unité morphologique ni histologique :* Tous les tissus de nature conjonctive peuvent passer au stade muqueux, de même que les tissus musculaire et nerveux peuvent présenter un stade vitreux, gélatineux, ou renfermer de la mucine. Tout tissu adulte ou définitif a son état muqueux spécial.

Dans chaque espèce de tissu, on observe de nombreuses variétés ; c'est ainsi que le stade muqueux du tissu adipeux chez l'embryon est différent du stade muqueux du tissu adipeux qui existe chez le vieillard ou de celui d'un lipome. ÉD. RETTERER.

Sur la formation du pigment de l'épiderme, par EHRMANN (2e *Cong. intern. de dermat.* 1892, *et Ann. de dermat.*, *III*, 9 *et* 10).

On peut étudier la production du pigment sur les œufs qui quittent l'ovaire sans le moindre pigment, et non sur des œufs originairement pigmentés comme ceux de la grenouille. Au début, il n'y a pas de pigment; il ne se montre que lorsque les premiers globules sanguins se sont formés, et cela dans le voisinage du système nerveux dans des éléments du feuillet moyen du blastoderme. Le pigment se forme du sang probablement des pigments sanguins, il se produit dans des cellules particulières qui envoient des prolongements dans l'épiderme; là se développent des cellules qui servent à transporter le pigment du derme dans l'épiderme. Les mêmes phénomènes se passent chez l'homme et les mammifères. Le pigment est transporté dans l'épiderme par des cellules migratrices et des courants qui se font dans l'intérieur du protoplasma. R. JACQUINET.

Développement des aortes chez l'embryon de poulet, par L. VIALLETON (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *janvier* 1892).

L'auteur confirme la manière de voir d'après laquelle les germes vasculaires prennent leur origine dans l'entoderme, sous la forme de masses

protoplasmiques à noyaux multiples, qui, se dégageant peu à peu de l'entoderme, prennent place entre ce dernier et le feuillet moyen. Ces germes ou îlots vasculaires s'anastomosent et donnent ainsi des cordons disposés en réseaux. La substance de ces cordons est une masse protoplasmique ne montrant au début aucune indication d'individualisation en cellules. Ce sont des plasmodies, ou, si l'on veut, tout leur ensemble représente une immense cellule géante à noyaux innombrables. Mais peu à peu ils se creusent, se canalisent par l'apparition de vacuoles qui grandissent et se fusionnent en une lumière plus ou moins continue.

Quant aux faits particuliers relatifs à l'aorte, il est facile de suivre le développement des deux aortes dans toute la région du corps située en arrière de l'orifice pharyngo-ombilical. Dans cette région, chez les embryons possédant de cinq à sept protovertèbres, des cordons protoplasmiques pleins, d'abord isolés (germes vasculaires), s'unissent en formant un réseau qui s'étend à la fois sur l'aire vasculaire et sur une portion de l'embryon. Dans l'embryon, ce réseau occupe, de chaque côté du corps, la zone pariétale et une portion de la zone rachidienne. Il s'avance en effet jusque sur la moitié externe de la face ventrale des protovertèbres, où il est limité par un cordon longitudinal parallèle à la corde dorsale. Ce réseau de cordons pleins se creuse bientôt d'une lumière et se transforme en un lacis de vaisseaux sanguins qui s'étend à la fois sur la vésicule ombilicale (aire vasculaire) et sur l'embryon. Il n'y a pas de limite tranchée ni de différence de forme entre la portion intra-embryonnaire et la portion extra-embryonnaire de ce réseau, de sorte que l'on peut considérer pour l'embryon et pour ses annexes un seul système vasculaire parfaitement un et continu, et disposé en deux moitiés semi-circulaires, limitées du côté de la périphérie par le sinus terminal, du côté de l'embryon par un tronc longitudinal placé au-dessous des protovertèbres. M. DUVAL.

The spinal columm in the enfant, par J. BALLANTYNE (*Edinburgh med. j., p.* 913, *avril* 1892).

Des nombreuses mensurations qu'il a faites, l'auteur tire les conclusions générales suivantes :

La longueur totale de l'enfant à la naissance est 2 fois et demie celle du rachis. Ce fait n'est pas dû seulement aux membres inférieurs, qui sont relativement courts, mais au volume de la tête qui est exagérée à cette période de la vie.

Dans les cas d'enfants avant terme (fœtus de 6 à 8 mois), les régions cervicales et lombaires du rachis sont à peu près égales en longueur. Chez les enfants à terme, bien conformés, la portion lombaire est plus longue que la cervicale, mais la différence est relativement moins grande que chez l'adulte, chez lequel la colonne lombaire est à la cervicale comme 3 est à 2. Chez l'enfant, la proportion est approximativement comme 5 est à 4.

Chez l'enfant, le rachis est très flexible non seulement parce que ses segments sont formés d'os imparfaitement ossifiés, mais aussi à cause de la faiblesse musculaire de cet âge.

Le rachis de l'enfant n'a pas de courbes fixes, sauf celles qui sont dues à la projection de l'angle sacro-vertébral. Celles que l'on rencontre

dans les diverses sections sont dues à la situation de l'enfant pendant la mensuration et varie suivant les changements de position de l'enfant. Et tandis qu'il n'y a pas de courbure fixe de chaque portion du rachis, il existe une courbure à concavité antérieure au niveau du promontoire sacré.

Si les os sont rarement intacts et les muscles atrophiés comme dans le rachitisme; si l'enfant est encouragé et se tient droit, la cyphose peut devenir permanente.

Dans les mêmes conditions, d'autres courbures accentuées du rachis peuvent aussi s'être produites.

Chez l'enfant nouveau-né, les surfaces articulaires occipito-atloïdiennes ne peuvent permettre des mouvements étendus sans danger.

F. VERCHÈRE.

Anatomie chirurgicale de la mamelle, par Harold STILES (*Edinburgh med. j. p.* 1099, *juin* 1892).

Pour étudier l'anatomie normale de la glande mammaire, l'auteur emploie l'acide nitrique d'après la méthode suivante :

Plonger la mamelle dans l'eau jusqu'à ce que le sang soit éliminé, ce qui est important, parce que l'acide nitrique coagule le sang et obscurcit par suite tout ce qu'il doit révéler.

Submersion dans une solution aqueuse à 5 0/0 d'acide nitrique.

Lavage de nouveau dans l'eau courante pour enlever l'acide, enfin placer la pièce dans de l'alcool méthylique pur.

De ses recherches par ce procédé, l'auteur conclut à une étendue beaucoup plus grande qu'on ne l'a dit de la glande mammaire. Quant aux ganglions de l'aisselle, ils sont intimement liés à la mamelle anatomiquement et fonctionnellement. On peut leur reconnaître quatre groupes, dont le groupe huméral et sous-scapulaire échappait presque toujours. La disposition anatomique normale souffre bien des exceptions.

Dans toute tumeur maligne du sein, l'ablation doit comprendre toute la mamelle et être suivie d'une dissection attentive du creux de l'aisselle.

F. VERCHÈRE.

Recherches sur l'état de la rate chez le vieillard, par A. PILLIET (*C. Rendus de la Société de biologie, p.* 283, 2 *avril* 1892).

La rate, comme d'autres organes hémotopoiétiques, la moelle des os par exemple, s'atrophie assez prématurément. Les lésions que l'on observe sont, à des degrés différents, la sclérose de la capsule et des travées fibreuses; la dilatation mécanique des mailles de la pulpe rouge; la disparition plus ou moins totale des éléments de la pulpe blanche. Cette dernière lésion est la plus constante et la plus intéressante. Elle expliquerait en partie l'anémie des vieillards. La moelle osseuse subit elle-même une modification sénile du même genre. DASTRE.

Ueber die Entwickelung von Milz und Pancreas (Du développement de la rate et du pancréas), par KUPFFER (*München. med. Woch., n°* 28, *p.* 487, 1892).

Jusqu'à ces derniers temps, on a considéré la rate comme un produit d'origine mésodermique, se développant dans le mésoblaste de l'intestin

primitif. Seul, Maurer avait récemment noté que les premières cellules lymphatiques prennent naissance aux dépens des cellules endodermiques de l'intestin, par division transversale et mise en liberté de la partie basale de ces cellules, qui devient migratrice. Kupffer, par ses études de l'embryon d'esturgeon, a montré que la rate prend naissance dans le même bourgeon que le pancréas, aux dépens d'un diverticule de l'intestin primitif. L'embryon d'esturgeon de 2 jours présente un œsophage court s'ouvrant dans l'intestin vitellin (Dotterdarm) ouvert, lui-même, vers la queue dans l'intestin postérieur. A ce moment, sur la face ventrale et plus près de la tête, s'ouvrent les premiers tubes hépatiques sur l'intestin vitellin, et, plus près de la queue, un bourgeon dorsal de ce même intestin forme la première trace du pancréas dorsal postérieur, en avant duquel se dessine déjà une fente dite de l'intestin moyen qui tend à segmenter la cavité vitelline. Le 3[e] jour, cette fente a déjà séparé de l'intestin vitellin l'intestin moyen ouvert, en arrière, dans l'intestin postérieur au niveau du pancréas dorsal postérieur, en avant dans l'intestin vitellin, au niveau du foie et occupant une position ventrale. Dans le méso formé par la fente de l'intestin moyen, bourgeonne au 5[e] jour un pancréas dorsal antérieur, et des deux côtés de l'embouchure du canal hépatique s'ouvrent deux bourgeons pancréatiques ventraux. Revenons au bourgeon pancréatique dorsal postérieur : il se dévie à droite, placé entre la corde dorsale et l'intestin, dans le tissu conjonctif encore privé de cellules lymphatiques, puis, le 3[e] jour, prend en coupe transversale une forme triangulaire : la base de ce triangle se sépare complètement de l'intestin. Dans l'angle droit se dessinent des tubes glandulaires; dans l'angle gauche, des cellules lymphatiques s'accumulent ; au sommet, qui répond à l'aorte, aux veines primitives et au tissu conjonctif prévertébral, on voit s'échapper des cellules lymphoïdes, qui se dispersent dans le tissu conjonctif embryonnaire, qui, plus loin, en est encore privé. Le pancréas dorsal antérieur se sépare de même de l'intestin, et se divise en une partie droite pancréatique et une gauche splénique; seuls les deux bourgeons pancréatiques ventraux conservent leurs communications avec l'intestin (canal de Wirsung et canal de Santorini). Ils bourgeonnent à droite de l'intestin moyen (anse duodénale) et vont se mettre en rapport avec la partie droite (pancréatique) des deux bourgeons pancréatiques dorsaux, dont les tubes communiquent finalement avec les tubes glandulaires ventraux. Les parties gauches des bourgeons pancréatiques postérieurs prennent, par suite de l'accumulation des cellules lymphatiques, le caractère du tissu splénique. L'auteur croit pouvoir admettre l'origine endodermique des follicules clos de l'intestin, par un procédé analogue, aux dépens des glandes intestinales, et pense qu'il faut chercher dans l'endoderme l'origine des autres organes lymphoïdes, tels que la moelle des os, par suite de la migration des cellules lymphoïdes, qui toutes auraient leur origine première dans les cellules épithéliales de l'intestin primitif.

C. LUZET.

Sur le développement du pénis et du clitoris chez les fœtus humains, par Ed. RETTERER (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mai* 1892).

Ce mémoire fait suite à l'étude publiée antérieurement (voy. *R. S. M.*, XXXVI, p. 428) par l'auteur sur le développement de la région ano-

génitale des mammifères. A partir de l'ébauche périnéale, le tubercule génital est constitué chez les embryons humains, comme chez ceux des autres quadrupèdes, par un corps caverneux non vasculaire, entouré d'un revêtement péri-caverneux. Celui-ci se prolonge, de chaque côté de la ligne médiane de la face ventrale du tubercule, en une lame qui circonscrit la gouttière urétrale.

Etudiant alors l'évolution de ces parties dans le type masculin et le type féminin, l'auteur nous montre comment, chez les embryons mâles, ces replis urétraux se rapprochent par leur bord inférieur libre, et se soudent d'arrière en avant, formant ainsi : le canal de l'urètre, dont l'épithélium est bien d'origine ectodermique ; la gaine érectile du corps spongieux; l'enveloppe cutanée correspondante. Au contraire, chez les embryons femelles, la soudure de ces replis s'arrête en avant du bord antérieur du bulbo-caverneux, et, d'autre part, chaque repli se divise longitudinalement en deux lames secondaires, dont l'externe sera la grande lèvre, l'interne la petite lèvre. Il n'y a donc pas d'homologie entre les bourses et les grandes lèvres, et il n'y a pas, à l'époque de la fermeture du canal urétral, de formation rappelant les bourses, celles-ci se constituant plus tard aux dépens d'une portion très limitée du revêtement cutané des organes génitaux externes.

Le gland et son prépuce sont l'objet d'une longue et profonde étude. Dans le type masculin, l'urètre balanique se forme selon le même processus que sur le reste du pénis ; mais ici la fente verticale de la gouttière urétrale ne disparaît point, comme sur le reste de la portion libre de la verge ; au niveau du méat, comme sur toute la partie supérieure ou dorsale de l'urètre balanique, la branche verticale persiste, et son prolongement postérieur donne naissance au sinus de Guérin, limité en bas par la valvule de Guérin, laquelle résulte d'une soudure des parois latérales du canal, donnant naissance à une sorte de cloisonnement peu étendu ; mais si ce cloisonnement s'étend plus loin, il peut donner lieu à la formation d'un urètre double, comme l'auteur en cite un cas, d'après une observation due à Jalaguier.

La région du gland, d'abord confondue avec le reste du pénis (ou du clitoris) s'en différencie par la production d'un épaississement épithélial, puis d'une invagination épithéliale qui, en s'enfonçant dans le derme et le tissu sous-cutané, creuse le sillon rétroglandaire, sillon demi-circulaire, dont les extrémités latérales convergent en bas l'une vers l'autre, mais n'arrivent pas à se rejoindre sur la ligne médiane inférieure, laissant un pont mésodermique qui sera le frein du prépuce. Notons que cette jonction se produit chez la plupart des mammifères, lesquels par suite, n'ont de frein préputial que pendant la vie embryonnaire et fœtale ; ultérieurement ce frein disparaît, grâce, nous le répétons, à l'achèvement du processus de convergence, c'est-à-dire à la réunion des cornes latérales de l'invagination balano-préputiale.

Quant à l'achèvement du prépuce, il se fait par l'allongement de l'ébauche préputiale délimitée par l'invagination épithéliale sus-indiquée. Chez les fœtus jeunes, la face interne du prepuce se moule exactement sur la surface du gland, et les cellules épithéliales en regard s'accolent en une couche unique ; mais plus tard l'épithélium de la face interne du prépuce subit une augmentation en surface parallèle et consécutive à

tout le prépuce, dont la face interne, n'étant plus moulée exactement sur le gland, dessine des plis ; il y a dans ces plis production de curieux globes épidermiques, qui paraissent être un des éléments du processus de désagrégation des cellules épithéliales qui amène la séparation du prépuce d'avec la surface du gland.

Quant à la signification morphologique du gland, l'étude du développement contredit cette formule trop simple, mais classique, qui fait du gland un renflement antérieur du corps spongieux, tout comme le bulbe en est le renflement postérieur. Le gland est le segment terminal du pénis ; toutes les pièces de la verge prennent part à sa constitution : le bout des corps caverneux et spongieux en occupe l'axe ; celui-ci est entouré d'un manchon spécial qui est originellement l'analogue des enveloppes fibreuses et cutanées du reste du pénis, et qui forme une masse indivise pourvue d'aréoles vasculaires d'une abondance extrême. Le gland n'est donc nullement le renflement du corps spongieux de l'urètre : il est formé par la réunion intime de trois parties érectiles, à savoir : le bout aminci du corps spongieux ; l'extrémité terminale du corps caverneux ; la peau devenue éminemment érectile.

Chez le fœtus femelle, le gland s'est délimité du clitoris de la même façon que chez le mâle ; mais comme les replis urétraux ne vont pas converger et se souder en bas sur la ligne médiane, les extrémités du croissant glando-préputial se bornent, au fur et à mesure qu'elles s'enfoncent, à diviser ces replis en deux branches, dont l'interne ou médiane forme le frein du clitoris, tandis que l'externe, se continuant avec son homologue, constitue le capuchon clitoridien. Le gland du clitoris est donc seulement homologue de la partie dorsale du gland du pénis, la portion sous-urétrale de ce dernier étant représentée chez la femme par le bord antérieur des petites lèvres. M. DUVAL.

Étude sur l'évolution de la prostate chez le chien et chez l'homme, par Eug. REGNAULD (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 1, 1892).

Prostate du chien. — Chez l'embryon on voit l'épithélium urétral donner naissance à des invaginations pleines, qui pénètrent dans le tissu mésodermique de la future région prostatique ; jusque vers la naissance, le tissu mésodermique l'emporte sur l'élément épithélial, qui n'occupe qu'une place fort restreinte. A la naissance, la prostate se présente bien circonscrite sous la forme d'une masse divisée superficiellement en quatre lobes ; cette division correspond à une orientation semblable des cordons épithéliaux primitifs dans l'intérieur de la glande, cordons qui, par suite de leurs ramifications pariétales et terminales, figurent des pyramides dont la base correspond à la périphérie, et dont le sommet vient se confondre avec l'urètre. Chacun des lobes glandulaires est constitué par des ramifications moniliformes d'un conduit excréteur ouvert dans l'urètre. Ces ramifications, hérissées de dilatations et de rétrécissements, semblent parsemées, à leur périphérie, de grains qui ne sont que des bourgeons pariétaux à leur période embryonnaire. Pendant la première année, ces bourgeons et ramifications se développent et se ramifient de plus en plus, de sorte que bientôt le tissu conjonctif cesse de prédominer sur le tissu épithélial. Chez l'animal adulte, on voit le lobe prostatique constitué par des conduits glandulaires fournissant des

ramifications latérales sur toute leur longueur, et se terminant par des ramifications terminales à la périphérie de la glande. Mais ces terminaisons présentent une disposition particulière : au lieu de trouver un certain nombre de culs-de-sac isolés, venant se verser dans un canal commun, c'est la paroi même du canal qui se creuse sur toute sa surface d'une série de logettes ou alvéoles représentant les culs-de-sac glandulaires. Dès lors, l'épithélium est devenu dans la prostate l'élément de beaucoup prédominant. Enfin, chez un très vieux chien, dont la prostate a acquis le volume d'une mandarine, on n'observe que le développement normal de tous les éléments de la glande ; l'épithélium des culs-de-sac a conservé les mêmes caractères que chez l'adulte ; nulle part on ne trouve de concrétions. On peut donc dire que chez le chien, la prostate subit une évolution régulière, se poursuivant jusque dans la vieillesse, et arrivant à une augmentation de volume total de la glande, due à un développement simultané de tous ses éléments. Cette prostate doit être rangée dans un groupe de glandes à part, les glandes alvéolaires, caractérisées par la localisation de l'élément sécréteur dans des diverticules pariétaux et terminaux des derniers conduits d'excrétion. L'épithélium est cylindrique dans les conduits d'excrétion, et très variable dans les culs-de-sac, suivant l'état de repos ou d'activité de la glande.

Prostate de l'homme. — La prostate évolue chez l'homme comme chez le chien. C'est une glande dont les culs-de-sac sont constitués par des dilatations pariétales et terminales des conduits sécréteurs, dilatations qui doivent être désignées, par analogie avec le poumon, sous le nom d'alvéoles. Pendant toute la période d'activité franche, c'est l'élément épithélial qui prédomine. Dans la vieillesse, il se produit, à l'état normal, une hypertrophie de tous les éléments de la glande. Il ne faut pas confondre avec cette évolution normale les modifications pathologiques qui se développent sous l'influence de concrétions se déposant dans les alvéoles. On voit alors se faire, autour de la petite concrétion initiale qui sert de point de départ, des dépôts successifs de cellules épithéliales altérées qui se transforment en un produit rougeâtre ou jaunâtre, très dur et nettement stratifié en couches concentriques, par l'adjontion graduelle de nouvelles couches épithéliales, dégénérées. Quand tout le revêtement de l'alvéole a subi cette transformation, on ne trouve plus qu'une masse centrale dure, arrondie, et, immédiatement appliquées sur cette masse, les parois de l'alvéole, qui l'enchatonnent et l'isolent du reste du lobule.

M. DUVAL.

Sur la morphologie et l'évolution de l'épithélium du vagin des mammifères, par E. RETTERER (*Mémoires de la Société de biologie*, 26 *mars* 1892).

1° Le segment proximal du vagin du cobaye est revêtu d'épaisses couches de cellules muqueuses, avant que cet animal soit en âge d'être fécondé. Dans la suite, le cobaye adulte possède constamment, dans le segment proximal du vagin, un épithélium dont les nombreuses assises superficielles ont subi la modification muqueuse. 2° Chez la chienne, la chatte, la brebis et la vache, l'épithélium du segment proximal du vagin reste pavimenteux ou polyédrique stratifié jusqu'à une époque avancée de la gestation. C'est dans les replis de la muqueuse que débute la transformation muqueuse des cellules superficielles devenues cylin-

driques. La modification muqueuse atteint son plus haut degré de développement quelques jours après la parturition. 3° Chez les carnivores et les ruminants, ni l'époque du rut ni le coït ne semblent produire aucune modification appréciable dans la structure de l'épithélium du vagin. La dernière période de la gestation et surtout la parturition exercent une influence directe sur la transformation muqueuse des cellules épithéliales du vagin. DASTRE.

Le placenta des rongeurs, par Mathias DUVAL (*Journn. de l'anat. et de la physiol., janvier et juillet* 1892).

Après le placenta du lapin et de la souris (Voy. *R. S. M.*, XXXVII, pag. 410; XXXIX, pag. 17), l'auteur termine cette série d'études par deux mémoires sur le placenta du cochon d'Inde. Il le prend depuis l'époque très primitive où le futur placenta n'est encore représenté, à l'extrémité adhérente de l'œuf cylindre, que par une simple calotte ectodermique à deux feuillets; c'est le feuillet interne de cette calotte qui végète et donne naissance à une vaste formation plasmodiale, dont l'origine a été si diversement interprétée par divers auteurs. Comme chez les autres rongeurs, ce plasmode ectoplacentaire, dans les mailles duquel circule le sang maternel, est remanié par l'arrivée des vaisseaux fœtaux de l'allantoïde. Ce remaniement aboutit à une lobulation particulière, telle que l'aspect d'une coupe d'ensemble du gâteau placentaire rappelle celui d'une coupe du foie; la périphérie des lobules est circonscrite par des cloisons formées de plasmode primitif, c'est-à-dire non pénétré par les vaisseaux fœtaux. L'auteur se livre à une longue étude, que nous ne saurions résumer ici, d'une autre partie demeurée aussi à l'état de plasmode primitif, et qui, placée au centre de la face maternelle du placenta, y figure une lame à plis multiples, disposition qui avait amené Ercolani à y voir quelque chose d'analogue à un cotylédon de ruminant.

Dans un appendice au dernier mémoire, l'auteur passe en revue les travaux qui ont paru sur le même sujet depuis le commencement de ses propres recherches, et analyse avec soin un récent mémoire de Clivio, qui, pour le placenta du lapin, a confirmé sur tous les points les résultats publiés par l'auteur. A. C.

Formule de l'ossification des phalanges, des métacarpiens de la clavicule et des côtes, par PICQUÉ (*Société de biologie, p.* 247, 13 *mars* 1892).

Les phalanges, le premier métacarpien et le premier métatarsien ont un point d'ossification pour le corps et un point complémentaire pour l'extrémité proximale : les autres métacarpiens ou métatarsiens ont un point pour le corps et un point complémentaire pour l'extrémité distale. La clavicule a un point complémentaire à l'extrémité sternale. Les côtes ont trois points complémentaires sur l'extrémité vertébrale. Tous ces faits sont contenus dans cette formule : Lorsqu'un os long n'a qu'un seul point d'ossification complémentaire, ce point apparaît sur l'extrémité la plus mobile de cet os. DASTRE.

PHYSIOLOGIE.

Weitere Untersuchungen über die elektrischen Erscheinungen... (Phénomènes électriques de l'écorce cérébrale du singe et du chien), par **A. BECK** et **N. CYBULSKI** (*Centralbl. f. Physiologie, VI, p.* 1, *avril* 1892).

Développement d'une tension électrique négative à la surface du cerveau du chien située en arrière du sillon crucial, chaque fois que l'on irrite la patte antérieure. Tension négative en avant du sillon (parfois en arrière) par excitation de la patte postérieure. Tension négative du lobe occipital (au niveau de la sphère optique de Munk) par l'action de la lumière sur l'œil.

Chez le singe, t. n. en arrière du sulcus sygmoideus près du s. angularis, par excitation du membre antérieur ; t. n. du s. sygmoideus près du sillon longitudinal, par excitation du membre antérieur; t. n. en dessous de la branche antérieure du s. angularis, par attouchement de la face ; t. n. de la portion supérieure du gyrus angularis par excitation de l'œil.

Les auteurs réfutent quelques critiques dirigées par Gotch et Horsley contre le précédent travail de Beck. LÉON FREDERIQ.

The Rolandic area cortex, par Eug. DUPUY (*Brain, n°* 58, *p.* 190, 1892).

Dupuy n'admet pas la réalité des centres moteurs corticaux groupés autour de la scissure de Rolando. Il s'appuie sur des faits expérimentaux dans lesquels la destruction de cette zone n'entraîne pas nécessairement la paralysie des membres opposés, et sur d'autres faits où, après l'ablation de la zone motrice, les animaux ont présenté des convulsions épileptiformes bilatérales. Il a pu réunir également un certain nombre de faits cliniques bien observés, appartenant à des auteurs partisans de la doctrine des localisations cérébrales, qui sont en contradiction avec la théorie.

Sa conclusion est que la substance grise de l'écorce est partout identique, qu'il n'y a pas de localisation fonctionnelle dans telle ou telle région. Il revient à l'ancienne doctrine que la substance grise est inexcitable et n'agit que par les tubes nerveux qui en émanent. Après la destruction des soi-disant centres moteurs, les impulsions motrices se font par des voies collatérales et détournées. Le terme de localisations cérébrales peut être conservé pour les cliniciens, mais ne saurait être accepté par les physiologistes. H. R.

Modifications de l'excitabilité des centres nerveux dans les premiers jours de la vie, par V. ADUCCO (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 1, 1892).

Dans le premier mois de la vie extra-utérine, il y a, chez les petits chiens, une période durant laquelle la section des vago-sympathiques produit des effets respiratoires et vasculaires différents des effets ordi-

naires. Ces effets sont d'ailleurs en rapport avec la veinosité du sang. Ils peuvent s'expliquer en supposant que l'excitabilité des centres nerveux est moindre chez les animaux plus jeunes. L'excitabilité des centres nerveux devient l'un des facteurs de la fréquence et de l'énergie de la respiration, des variations vasomotrices de la pression, des modifications des gaz du sang, à la suite de la section des vago-sympathiques.

Chez les animaux jeunes (chiens), les parois artérielles sont si minces qu'elles permettent de juger de la couleur du sang On peut faire l'observation sur la carotide maintenue à découvert au-dessus d'un coussin d'ouate. La couleur reste rutilante tant que la respiration est normale, c'est-à-dire qu'il n'y a que des différences insignifiantes entre le sang qui correspond à l'excitation inspiratrice ou à l'expiration.

Si l'on coupe alors les deux vago-sympathiques, la respiration, après quelque temps, devient très rare et très profonde. Partant d'une inspiration, on voit la carotide rouge-vif qui fonce pendant tout le temps de l'expiration et de la pause : la pression sanguine monte de plus en plus, atteint son maximum, descend régulièrement jusqu'à un minimum, puis se relève. Le sang est noir dans l'artère. A cet instant, une inspiration a lieu, et instantanément l'artère change de couleur et passe du noir au rouge. Une seule respiration a suffi pour artérialiser tout le sang.

DASTRE.

Sul liquido cerebro-spinale, par E. CAVAZZANI (*La Riforma medica, p.* 591, 2 *juin* 1892).

L'auteur a étudié comparativement le liquide cérébro-spinal chez des chiens vivant dans les mêmes conditions et tués les uns le matin, c'est-à-dire après une longue période de repos, et les autres le soir. Il a constaté que l'alcalinité de ce liquide est environ deux fois plus considérable le matin que le soir, que le résidu solide est plus considérable le matin (en moyenne 2,107 0/0) que le soir (en moyenne 1,550 0/0); il a remarqué également, en mettant à nu la dure-mère au-dessous de l'occiput, que cette membrane est plus tendue chez les animanx sacrifiés le matin que chez les animaux sacrifiés le soir. Chez un homme qui avait eu un abcès traumatique du crâne, l'auteur a pu recueillir un liquide transparent qui s'écoulait par de petites ouvertures; il a constaté dans 6 analyses que le résidu solide y était plus abondant le matin que le soir.

GEORGES THIBIERGE.

Temperature and excitability, par GOTCH et TITCHENER (*Proceedings of the Physiological Society, juin* 1891).

Un nerf de grenouille qui, à la température de 17°, donne la secousse minima (fermeture d'un courant d'intensité déterminée), donnera la secousse maxima à 7° et restera inerte à 27°. Ces faits, signalés par Gotch, montrent bien l'influence de la température sur l'excitabilité. L'auteur reprend ce sujet. L'élévation de température favorise (jusqu'à 25 ou 30°) l'excitation du nerf lorsque l'on emploie un seul choc d'induction ou des courants galvaniques très courts. Au contraire, avec des courants de 1/100 de seconde au lieu de 1/1000, l'effet est inverse : l'excitation est favorisée par une chute de température à 5°. De même,

l'excitation mécanique est favorisée par le refroidissement. La conductibilité est toujours favorisée par l'élévation de température. DASTRE.

The relation of nerve excitability to temperature, par P. GOTCH (*Proceeding of the Physiological Society, novembre* 1891).

L'excitabilité du sciatique du lapin mesurée au seuil de l'excitation s'accroît lorsque la température du nerf baisse de 30° à 15° ; cela, dans le cas d'un courant galvanique fermé pendant quelques centièmes de seconde. L'inverse a lieu avec un courant induit ou avec un courant galvanique plus rapide. Cet effet résulte d'une diminution de la résistance du nerf chauffé : c'est un effet physique. L'effet réellement physiologique c'est l'augmentation d'excitabilité du nerf refroidi, augmentation qui couvre l'effet antagoniste de l'augmentation de résistance électrique. DASTRE.

On the position... (Centres thermiques cérébraux. Position et influence des lésions cérébrales qui déterminent une élévation de température) par W. Hale WHITE (*The Journal of Physiology, XII, p.* 233).

La température rectale normale du lapin varie entre 101° et 103° Fahr. Ni l'anesthésie, ni l'opération sur le cerveau n'affectent beaucoup la température à moins que certains centres soient touchés. Les lésions du corps strié, si elles ne sont pas assez étendues pour donner naissance au choc ou à une hémorragie grave, causent une élévation thermique considérable. De même les lésions du septum lucidum. Les lésions de la couche optique n'influencent point la température. Non plus la lésion de la matière blanche qui entoure le corps strié et les couches optiques. De même encore, les lésions du cervelet sont sans influence. De même, la partie antérieure de l'écorce cérébrale. Les lésions de la partie postérieure, au contraire, provoquent des élévations rapides et passagères, qui, quelquefois, se renouvellent et cessent plusieurs fois après une seule opération. La lésion des pédoncules cérébraux détermine une élévation considérable. DASTRE.

Ueber die Reizung motorischer Nerven durch Lösungen von neutralsalzen (Excitation des nerfs moteurs par des solutions de sels neutres), par E. HIRSCHMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 301).

Le nerf sciatique de la grenouille est plongé dans une solution de sel neutre de potassium, sodium, lithium, etc. (le chlorure de potassium est absolument inactif). On enregistre la contraction musculaire et on note chaque fois le temps perdu et les circonstances de l'activité. 1° En général, le temps perdu diminue et la durée d'activité augmente à mesure que la concentration augmente ; 2° le pourcentage des solutions également actives est très variable ; 3° au contraire, les degrés de concentration correspondant aux mêmes effets sont équimoléculaires. Si l'on exprime en fractions du poids moléculaire le poids de substance contenue dans 1 litre de la solution, on trouve des valeurs sensiblement constantes pour les différents sels. Le nombre pour les sels de sodium est 0, 42 ; pour les sels de lithium, environ 0,60. Il n'y a aucune différence entre les sels à un atome de base, et ceux qui ont deux atomes. La nature de la base a

une influence essentielle sur la hauteur de la contraction limitée. Ces conséquences sont en contradiction avec les résultats de de Vries, d'après lesquels les coefficients isotoniques des sels alcalins à molécule sont à ceux des sels à 2 molécules, comme 3 est à 4 et égaux pour les différentes bases. De là résulte que l'activité des nerfs moteurs sous l'influence des sels neutres ne tient pas seulement à la déshydratation, mais à une altération spécifique de la substance nerveuse. DASTRE.

Rapidité de transmission de l'excitation dans les fibres sensitives de l'homme, par E. ŒHL, FASOLA et PREDIERI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 400, *et Memorie del R. Instituto Lombardo*, *XXV*, *fasc.* 4).

L'expérimentateur presse sur une pointe qui agit sur un point de la peau du sujet; celui-ci marque par un mouvement (pression sur une autre pointe) le moment où il a senti. — Le temps écoulé entre ces deux mouvements est mesuré au moyen du chronoscope électrique. La vitesse de transmission est donnée par la différence des temps dans les cas où l'on opère successivement sur deux points du nerf, inégalement distants de l'origine centrale — ou sur deux nerfs différents, tels que brachial au doigt, 5e paire au front. — On suppose constante la durée du temps psycho-central et du temps latent (1 0/0 de seconde d'après Helmholtz). La moyenne générale a été trouvée de 35.18 à la seconde, avec des extrêmes allant de 22 à 63 mètres, le minimum se rapprochant du chiffre de Schelske et le maximum de celui de Helmholtz. Ces différences sont individuelles. Chez les divers individus, cette vitesse peut varier du simple au triple, par suite de conditions congénitales ou accidentellement acquises, par exemple par l'action des médicaments.

DASTRE.

Zur Topographie der die pupille... (Sur le trajet intra-central des filets nerveux pupillo-constricteurs du trijumeau), par C. ECKHARD (*Centralbl. f. Physiologie*, *VI*, *p.* 129).

L'excitation mécanique, électrique et surtout thermique (thermocautère) des parties latérales de la moelle allongée ou de la partie tout à fait supérieure de la moelle cervicale, provoque chez le lapin un rétrécissement pupillaire très marqué. Comme l'expérience se fait sur des lapins curarisés, après empoisonnement par l'atropine et section du grand sympathique, l'auteur admet que l'excitation agit directement sur des fibres centrifuges appartenant à la racine bulbaire du trijumeau.

LÉON FREDERICQ.

On a large-fibred sensory supply of the thoracic and abdominal viscera, par F. H. EDGEWORTH (*The Journal of Physology*, *XIII*, *p.* 260, 1892).

On a signalé souvent les fibres larges à myéline qui se trouvent dans le sympathique. On les a considérées comme sensitives. L'auteur annonce que ces fibres larges dans le vague et dans le sympathique n'entrent point, en effet, en connexion avec des ganglions, sauf le ganglion spinal. Elles se rendent directement aux organes. Le cœur et les poumons reçoivent ces fibres de deux sources : du vague et des premiers nerfs dorsaux. L'estomac, l'intestin grêle, le foie, la rate et le pancréas de

même reçoivent ces fibres larges du vague et des paires dorsales moyennes, inférieures, ainsi que des premières paires lombaires. Le rein, les capsules surrénales, le testicule, l'ovaire et les cornes utérines, reçoivent une seule espèce de fibres de ce genre par les dernières paires dorsales et les premières lombaires.

Les organes pelviens, rectum, vessie, prostate, pénis, utérus et vagin, tirent ces fibres de deux sources : de la région sacrée de la moelle et de la région dorsale et lombaire par l'hypogastrique.

Cette innervation sensitive est moins abondante que l'innervation motrice correspondante ; mais comme celle-ci, elle tire sa source de deux régions du système nerveux central. L'origine et le trajet des fibres sont les mêmes. Enfin, l'auteur voit une dernière analogie avec les nerfs inhibiteurs, en ce qu'ils arriveraient aux organes sans contracter de relation avec les ganglions latéraux ou collatéraux, ce qui ne semble pas du tout être le caractère des nerfs inhibitoires (Dastre et Morat).

DASTRE.

Altérations dans la rétine de la grenouille par suite de la section du nerf optique, par C. COLUCCI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 71, 1892, *et Giornale dell' Associazione napoletana di medici et naturalisti, II,* 3, 1891).

La section du nerf optique chez la grenouille a été pratiquée par W. Krause (1868), par Berlin (1871), par Krenchel et d'autres. Les altérations décrites par les auteurs se rapprochent de celles de la rétinite pigmentaire. Colucci les note dans l'ordre chronologique suivant : d'abord dans les couches des fibres du nerf optique, puis dans la couche des cellules pigmentaires des bâtonnets et des cônes ; dans les cellules ganglionnaires unipolaires et le plexus cérébral ; dans les cellules bipolaires et le plexus basal ; dans la couche des cellules visuelles. Dans une seconde période qui commence environ au quinzième jour, on constate une augmentation dans la vascularisation et une forte immigration des corpuscules sanguins qui accélère et complique les phases destructives.

DASTRE.

Sur les centres visuels des pigeons et sur les fibres commissurales, par G. GALLERANI et A. STEFANI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 478, 1892, *et Archivio per le scienze mediche, XVI, n°* 11).

Chez les pigeons auxquels manquent un hémisphère et l'œil correspondant, le rétablissement des fonctions visuelles supérieures et, par conséquent, la conjonction physiologique entre l'œil et l'hémisphère du même côté, s'effectuent au moyen des fibres commissurales qui unissent les deux lobes. En conséquence, dans un sens plus général, les fibres commissurales peuvent devenir des voies d'union entre la périphérie et les centres quand les voies ordinaires sont interrompues, et prendre part ainsi aux phénomènes de substitution.

DASTRE.

Dilatation of the pupil, par J. N. LANGLEY et H. K. ANDERSON (*Proceedings of the Physiological Society, mai* 1892).

La dilatation de la pupille est due à la contraction d'un muscle à fibres radiaires. 1. Si l'on pratique deux sections radiales dans l'iris, de

manière qu'un secteur reste fixé au bord ciliaire, ce fragment se contracte dans la direction radiale quand le sympathique cervical est excité. 2. Lorsque ce secteur est mis en extension pendant quelque temps, il ne se raccourcit pas comme si la dilatation pupillaire était due au tissu élastique. Après la mort générale et la mort du tissu musculaire, il y a une rétraction faible ou nulle de la portion ciliaire après enlèvement de la portion sphinctérienne. 3. En stimulant le bord de la sclérotique en un point, on peut obtenir une dilatation locale de la pupille avec contraction simultanée du sphincter de cette portion. 4. En même temps, le côté opposé de l'iris est tiré vers le point excité. Les expériences ont été faites particulièrement sur des chats. DASTRE.

Action de l'oxalate de potasse sur le plasma musculaire comme contribution à la doctrine de la contraction, par A. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 156, *et Riforma medica, nos* 131-132, 1892).

La contraction du muscle a été attribuée à une coagulation de la myosine (Hermann). Or, le plasma musculaire, après adjonction d'oxalate de potasse, ne coagule plus. Si l'on injecte des grenouilles, la rigidité cadavérique est retardée ou empêchée : la contractilité des muscles disparaît; elle reparaît partiellement par lavage au chlorure de sodium. Il suffit d'injecter 1 centimètre cube de la solution à 5 0/0 dans l'aorte de la grenouille pour paralyser complètement le train postérieur. Plongé dans un sel de calcium (chlorure), le muscle oxalaté redevient rigide : la contractilité reparaît dans le train postérieur de la grenouille si l'injection est poussée dans l'aorte. Mais la restitution n'est pas complète. Beaucoup de ces expériences ont déjà été faites par Arthus et Pagès avec des résultats différents. DASTRE.

Études sur l'entraînement musculaire, par Gregorio MANCA (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 389, 1892, *et Atti di R. Accad. di scienze di Torino,* 13 *mars* 1892).

Th. Fechner (1857) élevait des haltères du poids de 3,244 grammes, jusqu'à ce qu'il ne pût plus continuer avec le même rythme. Toutes choses étant d'ailleurs aussi égales que possible, en huit semaines d'exercices, le nombre de soulèvements varia de 57 à 275. Dans la première quinzaine, l'augmentation journalière fut de 0,57; dans la deuxième, de 3,06; dans la troisième, 4,06; dans la quatrième, de 23. — G. Manca répète ces expériences, en consigne les résultats dans un tableau, et les représente par des graphiques. Il y a accélération dans l'augmentation moyenne journalière. DASTRE.

Some contributions to the study of the muscular sense, par George J. PRESTON (*Journal of nerv. and mental diseases, août* 1892).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Le sens de position est composé d'impulsions afférentes provenant des muscles, des tendons, des articulations, des aponévroses et des os.

2° Ce sens est indépendant et séparable de la sensibilité tactile générale et il peut probablement être distingué des autres variétés de la même classe, telles que le sens de la pression.

3° Le trajet de ces impulsions à travers la moelle a presque certainement lieu par le moyen des cordons postérieurs.

4° Elles passent très probablement par le corps restiforme et le cervelet.

5° Suivant toute probabilité, elles cheminent ensuite dans la portion antérieure du tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne, occupant une position intermédiaire entre les fibres motrices et sensitives de cette région; il est très vraisemblable que le centre pour le sens de position se trouve dans l'un des groupes cellulaires de l'écorce cérébrale. PIERRE MARIE.

Some of the influences wich affect the power of voluntary muscular contractions), par Warren P. LOMBARD (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 1, 1892).

Si l'on contracte un muscle fréquemment, et que chaque fois on élève un poids considérable, ce pouvoir musculaire baisse bientôt et le poids ne peut plus être soulevé. Si cependant l'on continue les efforts, on constate des retours périodiques du pouvoir musculaire. L'auteur se fatigue vite, c'est-à-dire que ses muscles perdent leur pouvoir, alors que l'excitation directe du nerf ou du muscle provoque la contraction; et, par compression, les retours sont rapides et complets. La fatigue dépend moins de la rapidité des contractions (au-dessous de 1 par seconde) que de l'intensité des impulsions envoyées au muscle pour soulever le poids. Des contractions véritablement maxima peuvent être accomplies sans fatigue si le poids est petit. L'auteur a étudié surtout le fléchisseur de l'index de la main gauche. Les influences qui diminuent l'activité volontaire sont celles de la fatigue générale et locale, la faim, la diminution de la pression barométrique, les hautes températures humides, le tabac. Celles au contraire qui l'accroissent sont : l'exercice, le repos, le sommeil, l'alimentation, l'accroissement de pression barométrique, l'alcool. DASTRE.

Beiträge sur Kenntniss von der Zusammenziehung des Muskels (Contributions à la connaissance de la contraction du muscle), par Fritz SCHENCK (*Archiv f. die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 166, 1891).

Ce travail, exécuté sous la direction de Fick, à Würzburg, continue celui de Sogalla (1889) Cet auteur avait étudié les secousses isométriques (Schleuderzuckung) par opposition aux secousses isotoniques. Schenck examine l'influence de la température sur ces secousses. Il s'applique aussi au cas remarquable où la hauteur de cette secousse dépasse celle de la secousse isotonique : il fixe les conditions où on l'observe et il tente de l'expliquer par l'hypothèse de Fick d'après laquelle les changements de longueur du muscle actif seraient l'expression de deux processus opposés, l'un ayant pour conséquence le raccourcissement et l'autre le relâchement du muscle. DASTRE.

Note sur l'énergie et la vitesse des mouvements volontaires considérés dans l'hémiplégie par lésion cérébrale, dans l'amyosthénie hystérique et en particulier dans la surdi-mutité, par Ch. FÉRÉ et P. OUVRY (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *juillet* 1892).

Dans tous les cas sus-indiqués, les tracés recueillis montrent qu'il

existe un rapport entre l'énergie de la contraction et sa rapidité : la courbe d'ascension monte le plus haut là où la contraction est la plus précoce. Dans l'hémiplégie de cause cérébrale et dans l'hémiamyosthénie hystérique, les muscles masticateurs, innervés par le trijumeau, ne sont pas plus épargnés que ceux qui sont animés par le facial, fait qui ne manque pas d'intérêt au point de vue spécial des paralysies céphaliques, si souvent niées à tort, de l'hystérie. Ces recherches ne sont pas seulement intéressantes au point de vue théorique; elles peuvent encore être utiles en guidant dans certains cas l'intervention thérapeutique. Tel est le cas, par exemple, pour la mutité, où cette étude de la motilité volontaire permet de montrer que le défaut de la langue ne tient pas seulement à un trouble de l'adaptation du mouvement à l'articulation, mais aussi à une insuffisance de l'énergie et de la vitesse des mouvements vulgaires. L'existence de défauts de la motilité générale indique la nécessité de l'exercice des mouvements généraux, ainsi du reste que l'ont déjà mis en pratique ceux qui se livrent à la pédagogie spéciale des sourds-muets. M. DUVAL.

Ueber den Einfluss der Reizungsart auf das Verhältniss von Arbeitsleistung und Wärmebildung im Muskel (Influence du mode d'excitation sur le rapport entre le travail accompli par le muscle et la production de la chaleur), par v. KRIES et METZNER (*Centralbl. f. Physiol., VI, p.* 33, 1892).

Dans les expériences de Fick, un quart tout au plus de l'énergie chimique dépensée par le muscle apparaissait sous forme de travail mécanique, les trois quarts restants se transformant en chaleur. Les auteurs ont constaté que ce rapport varie avec la nature de l'excitant. Les muscles de grenouilles bien nourries peuvent produire de grandes quantités de chaleur et relativement peu de travail mécanique quand on les excite par des variations électriques d'une certaine durée plutôt que par des chocs d'induction instantanés.

Mais la différence ne se montre plus si l'on opère sur des grenouilles mal nourries ou épuisées. Dans ce cas, les deux genres d'excitation provoquent les mêmes quantités de chaleur environ, c'est-à-dire relativement peu de chaleur.

Les auteurs ne sont pas parvenus à provoquer, au moyen de faibles excitants, une dépense de chaleur dans les muscles de grenouilles, sans contraction mécanique. LÉON FREDERICQ.

A peculiar fatigue-effect on human muscle, par A. D. WALLER (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 191, *et Proceedings of the Physiological Society, novembre* 1891).

Si l'on enregistre simultanément les modifications de longueur et d'épaisseur du muscle, on constate que les modifications appréciées par des graphiques se correspondent en général. Elles commencent en même temps; mais, en cas de fatigue, elles ne finissent pas en même temps. L'effet longitudinal cesse avant l'effet latéral; l'asynchronisme est d'environ 1/10 de seconde. L'effet ne se produit d'ailleurs que dans la contraction volontaire, et nullement après la faradisation. Il est donc d'origine centrale et non point purement périphérique. C'est une rigidité

évoquée par l'action centrale plutôt qu'un reste de contraction, pris dans le sens physiologique. DASTRE.

The muscular sound during galvanotomic contraction, par A. D. WALLER (*Proceedings of the Physiological Society*, 14 *novembre* 1891).

L'excitation du nerf ou du muscle chez l'homme par un courant galvanique suffisant produit un tétanos. Si l'on fait l'expérience à l'avant-bras, et qu'on ausculte, on entend un son, assez bas, identique à celui de la contraction volontaire, mais moins intense. Bernstein (1875) a déjà vu que le son musculaire produit par une excitation chimique ne pouvait pas être distingué de celui du tétanos naturel. Les oscillations rythmiques du muscle sont, non pas d'origine centrale, mais produites périphériquement dans le muscle lui-même. DASTRE.

Ueber den respiratorischen Stoffwechsel (Sur les combustions respiratoires, par Chr. BOHR et V. HENRIQUES (*Centralbl. für Physiologie*, *VI*, *p.* 225, 1892).

On admet généralement que les poumons se bornent à enlever au sang l'acide carbonique provenant des combustions interstitielles des différents organes et à lui fournir l'oxygène nécessaire, mais que les oxydations dont le poumon lui-même est le siège ne présentent aucune importance.

Les auteurs ont fait, chez le chien, la mesure de l'acide carbonique qui est fourni aux poumons par le sang veineux (comparaison de la teneur en CO^2 du sang veineux et du sang artériel et jaugeage du débit aortique), et celle de l'acide carbonique fourni par l'organe à l'air de l'expiration. Cette dernière valeur est toujours notablement plus élevée que la première, ce qui veut dire qu'une partie notable de l'acide carbonique exhalé à la surface pulmonaire a pris naissance dans l'organe lui-même. La part du poumon dans les oxydations organiques varie entre 18 et 68 0/0 du total des oxydations organiques. Les dosages d'oxygène dans le sang et l'air respiré ont conduit aux mêmes conclusions.

L'occlusion de l'aorte thoracique n'a guère d'influence sur la valeur totale des échanges respiratoires.

Les poumons sont non seulement un foyer important de combustion, mais constituent un puissant régulateur de l'intensité des combustions organiques. LÉON FREDERICQ.

Sur la nature du processus respiratoire chez les animaux peptonisés, par V. GRANDIS (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 418, 1892, *et Archiv für Anat. und Physiol.*, 1891).

Les animaux peptonisés éliminent dans l'unité de temps autant de CO^2 que les normaux, bien que la quantité de CO^2 de leur sang soit très inférieure à celle des animaux normaux. Il faut donc que la tension du CO^2 dans le sang ne dépende pas de la quantité de ce gaz, ou que l'élimination par le poumon ne dépende pas seulement de la tension, comme on l'enseigne. L'expérience directe apprend alors que le CO^2 sous l'action de la peptone peut être éliminé sous une pression plus grande qu'auparavant. Le sang peptonisé, bien que pauvre en CO^2, laisse passer dans

l'air des poumons une quantité supérieure à celle qui est émise par le sang normal. Le sang peptonisé, après qu'il a traversé les poumons, contient du CO^2 avec tension égale ou presque égale à celle du sang normal. Les propriétés basiques du sérum sanguin sont diminuées. La circulation artificielle du sang peptonisé fait disparaître très vite l'excitabilité musculaire. DASTRE.

On the respiratory changes of the intrathoracic pressure measured in the mediastinum posterior, par S. J. MELTZER (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 218, 1892).

Hanau, pour expliquer le fait que le sommet du poumon est la partie la plus exposée à la tuberculisation, a fait l'hypothèse que dans ces parties l'inspiration était active, mais l'expiration restreinte. L'auteur n'admet pas cette hypothèse, et il recherche si, dans la respiration normale, toutes les parties du poumon prennent également part à l'acte respiratoire. Il opère sur le lapin. Il introduit dans le tissu lâche qui entoure l'œsophage, un cathéter que l'on peut faire pénétrer ainsi dans le médiastin postérieur à diverses hauteurs. Il note en colonnes d'eau les variations de la pression intrathoracique. Ces modifications sont très peu marquées dans le tiers supérieur du médiastin. La respiration y est donc peu marquée en arrière. En général, la pression dans le médiastin ne diffère pas de la pression dans la plèvre. DASTRE.

Arbeit des linken Herzens bei verschiedener Spannung seines Inhalts (Travail du cœur gauche et varations de tension intra cardiaque), par KANDERS (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXI, p.* 61-81).

En général, à mesure que la tension intracardiaque augmente, l'élasticité et la contractilité de la paroi cardiaque diminuent, et par suite l'effet utile du travail cardiaque diminue également. Parfois pourtant l'élasticité, au lieu de diminuer, s'accroît; en ce cas, il y a conservation intégrale et même augmentation de l'effet utile du travail cardiaque.

Quand la tension intracardiaque est subitement diminuée, l'élasticité diminue en général également.

Ces deux lois physiologiques sont riches en conséquences cliniques. La plus importante est relative à la puissance d'accommodation du cœur. La condition pour que cette puissance existe est que l'élasticité cardiaque doit varier avec la tension intracardiaque de façon à maintenir dans son intégrité l'effet utile.

Ainsi s'explique également l'influence favorable que les efforts corporels, les excitations cutanées exercent parfois sur le travail du cœur. L'augmentation de la tension artérielle qui suit ces efforts ou ces excitations peut en effet augmenter l'élasticité de la paroi cardiaque et par suite l'effet utile.

Enfin ces deux lois sont intéressantes pour la pathogénie du cœur forcé. A.-F. PLICQUE.

Studien über die Blutvertheilung im Körper. Bestimmung der von dem linken Herzen herausgetriebenen Blutmenge (Études sur la répartition du sang dans le corps. Débit du cœur gauche), par R. TIGERSTEDT (*Skand. Archiv für Physiologie, III, p.* 145).

L'auteur a fait chez le lapin des jaugeages du volume de sang qui

passe par l'aorte. En supposant le poids du corps = 1 kilogramme, il trouve en moyenne un débit de 0^{cc},27 par systole du ventricule gauche, 0^{cc},85 par seconde ou 51^{cc} par minute. En supposant que le corps du lapin contienne 5 0/0 de sang, il faudrait environ une minute ou 197 pulsations pour que tout le sang ait passé par l'aorte (durée totale de la circulation).

En appliquant ces données à l'homme, l'auteur arrive à n'attribuer au ventricule gauche qu'un débit de 51-69 grammes de sang par systole, au lieu du chiffre classique de 180 grammes environ. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber die Zeit der Oeffnung und Schliessung der semilunarklappen (**Sur le moment de l'ouverture et celui de la fermeture des valvules sèmi-lunaires**), **par Léon FREDERICQ** (*Centralbl. für Physiologie*, *VI*, *p.* 257, 1892).

II. — Herzstosscurven und endokardiale Druckcurve des Hundes (**Tracés de choc du cœur et tracé de pression intra-cardiaque du chien**), **par Léon FREDERICQ** (*Ibidem*, *VI*, *p.* 250, 1892).

I et II. — L'auteur confirme, pour le cœur du chien, les principaux résultats obtenus par Chauveau et Marey dans leurs recherches cardiographiques pratiquées sur le cheval. La seule restriction concerne l'ondulation finale du tracé cardiographique qui, d'après lui, se produit, non au moment de la clôture des valvules sigmoïdes de l'aorte, mais un peu après (2 à 3 centièmes de seconde). Cette ondulation ne coïncide pas avec l'ondulation directe du tracé aortique, mais la suit.

Pour obtenir un *tracé typique* du choc du cœur, il faut appliquer l'explorateur cardiographique au côté droit du thorax chez le chien. Les tracés recueillis du côté gauche sont *atypiques* et résultent de la combinaison du tracé typique de contraction cardiaque avec le tracé négatif des variations de volume du cœur ou de ses déplacements. DASTRE.

Cardiovolume, pression péricardique et activité de la diastole, par A. STEFANI (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 119).

Travail volumineux, divisé en neuf chapitres. Le premier est relatif à l'activité de la diastole, que l'auteur admet comme un acte positif réglé par l'innervation du vague. Le deuxième chapitre traite de la fistule péricardique comme moyen d'investigation. Dans le chapitre 3 se trouvent étudiées les courbes cardio-volumétriques sous le rapport de la forme, de la grandeur et enfin des durées des différentes périodes. Le chapitre 4 est consacré à la comparaison de la courbe cardiovolumétrique et du graphique du pouls veineux; le chapitre 5 à la comparaison avec la courbe du pouls artériel; le chapitre 6 à la comparaison avec le cardiogramme. Le chapitre 7 fait connaître les modifications du cardiovolume et du cardiogramme par suite de l'excitation et de la paralysie du vague. Le vague produirait d'une manière active l'augmentation de volume du cœur en modifiant les conditions physiologiques de la musculature cardiaque. Dans le chapitre 8, l'auteur étudie les effets de la pression exercée sur la surface externe du cœur. Le chapitre 9 a pour but de mettre en évidence deux conclusions de caractère général : 1° la systole ventriculaire se compose de secousses musculaires variables en nombre et en

développement; 2° la dilatation des ventricules est le produit d'une fonction spéciale réglée par le vague. DASTRE.

Further observations... (Nouvelles observations sur la densité du sang à l'état de santé et à l'état de maladie), par Lloyd JONES (*The Journal of Physiology, XII, p.* 299).

Le poids spécifique du sang varie dans les différentes régions du corps, mais dans un rapport fixe de l'une à l'autre. Il est le même dans les parties symétriques; cependant il peut changer dans une partie isolément par suite de modifications de la circulation. Il est très élevé chez les oiseaux, très bas chez les grenouilles. Il varie d'un sujet à l'autre. Il est plus faible chez les femmes. Il est de 1,066 à la naissance, puis baisse dans les deux premières années à 1,050 pour s'élever à 1,055 vers la quinzième année.

Il varie avec la constitution. Il est plus élevé chez les bruns que chez les blonds. Le sommeil et l'exercice l'élèvent. La menstruation l'abaisse. Il est très bas chez les anémiques, très haut dans les affections cardiaques congénitales, subnormal dans les néphrites parenchymateuses, normal dans la néphrite interstitielle et l'artério-sclérose. Il s'abaisse dans le cas d'insuffisance du cœur. En cas d'hémorragie cérébrale imminente, il est au-dessus de la normale. De même dans la fièvre scarlatine. Il est au-dessous dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre rhumatismale, la phtisie, la syphilis, le myxœdème. Il est au-dessus dans certaines maladies du système nerveux, dans l'ataxie locomotrice, l'irritation spinale, l'état post-épileptique. DASTRE.

The behaviour of saccharine matter in the blood, par Vaughan HARLEY (*The Journal of Physiology, XII, p.* 391).

Dans une première série d'expériences, l'auteur recherche les quantités de sucre qui, ajoutées au sang, sont dissimulées et perdues pour l'analyse. Il trouve des quantités variables suivant la méthode employée, de 1 à 14 0/0. Le sucre est retenu mécaniquement, ainsi que l'a vu Schenk, et la quantité retenue est précisément en rapport avec l'état mécanique du coagulum albuminoïde. Dans la seconde partie, l'auteur retrouve la destruction progressive du sucre dans le sang, le glycolyse et il l'attribue à un ferment soluble, sans connaître les travaux déjà parus sur ce sujet. DASTRE.

A contribution to our knowledge of taste sensations, par L. E. SHORE (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 191, 1892).

On a observé qu'après avoir mâché les feuilles de *Gymnema Sylvestre*, asclépiadée de la péninsule du Deccan, on perdait la faculté de sentir le goût du sucre. Ces feuilles contiennent un acide, acide gymnèmique (Hooper, 1887), voisin de l'acide chrysophanique; c'est à lui qu'est due l'action spéciale sur le goût. L'auteur emploie la solution de gymnèmate de soude à 1 0/0 ou 2 0/0; il étudie son influence sur les différentes formes du goût, sucrée, amère, acide, saline, correspondant à l'action des quatre substances typiques, glycérine, sulfate de quinine, acide sulfurique, sel ordinaire. La sensation sucrée et la sensation amère sont les seules

qui disparaissent, et celle-ci plus lentement. Les sensations du toucher lingual ne sont pas atteintes. L'auteur examine de même l'influence du Gymnema sur le goût provoqué par les excitations mécaniques, par les excitations électriques dans les différentes régions. Enfin, il reprend l'étude des sensations gustatives acides, auxquelles beaucoup de physiologistes refusent le caractère de sensations vraies, spéciales. Il se sert à la fois de la cocaïne et du Gymnema pour établir que le goût de l'acide provient de l'union des deux éléments, un élément de sensibilité et un élément de tact. Il y aurait donc, en résumé, des terminaisons nerveuses différentes, correspondant au goût sucré et au goût amer; ou en considérant la liaison de ces deux sensations, on pourrait dire que ces goûts sont dus à deux modes d'activité moléculaire différents des mêmes terminaisons. Les sensations d'acidité révèlent deux espèces de terminaisons nerveuses. De même des sensations salées. DASTRE.

Summation der Hautreizen (Accumulation des excitations cutanées), par GAD et GOLDSCHEIDEN (*Zeitsch. für klin. Medicin, XX, p.* 339-373).

Gad a étudié ce phénomène de l'impression secondaire qui se produit quand on pique légèrement la peau avec la pointe d'une épingle. En dehors de la piqûre immédiate, on sent après un très court intervalle latent, une seconde impression de piqûre comme interne non mélangée comme la première d'une sensation tactile. Le même phénomène se reproduit avec un corps mousse.

Au moyen d'excitations électriques, Gad a pu déterminer la durée de l'intervalle latent 9/10 de seconde. Cette durée semble indépendante du nombre et du rythme des excitations, quand les excitations sont trop multipliées et obscurcissent la sensation secondaire, cette durée diminue pourtant.

Dans les excitations mécaniques cet intervalle latent a une durée plus courte pour les excitations appliquées rapidement que pour les excitations plus durables.

Ce fait physiologique offrirait un grand intérêt pour expliquer le retard des perceptions douloureuses, les sensations doubles signalées dans certains cas pathologiques. A.-F. PLICQUE.

Zur Lehre von der Hautresorption (De la résorption cutanée), par R. WINTERNITZ (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., XXVIII, p.* 405).

1° Le grand pouvoir de résorption cutanée constaté par les auteurs chez le lapin n'est pas, comme on le croit généralement, comparable à celui de l'homme et cela pour des raisons structurales de la peau. Il y a là des différences notables.

2° La première condition nécessaire pour que la résorption cutanée se produise, c'est le mouillage de la peau par le liquide véhicule. C'est ce qui explique pourquoi les solutions éthérées et chloroformiques facilitent la résorption, ces véhicules dissolvant la graisse cutanée.

Si la volatilité du véhicule peut jouer un rôle, cela ne doit pas, en tous les cas, être attribué à l'entraînement mécanique de la substance dissoute pendant la volatilisation.

Ces conditions sont modifiées dans le cas d'affections cutanées suivant la nature des lésions. WINTER.

Ueber die Reizbarkeit der Froschaut gegen Licht und Wärme (Sur l'excitabilité de la peau de la grenouille par la lumière et la chaleur), par A. v. KORANYI (*Centralblatt f. Physiologie, VI, p.* 6, *avril* 1892).

L'application d'extrait de viande de Liebig à la surface dénudée des hémisphères cérébraux de la grenouille provoque au bout d'une dem heure une augmentation énorme de l'excitabilité réflexe. Dans cet état l'action de la chaleur rayonnante obscure, celle de la lumière froide (ayant traversé une solution d'alun) sur la peau, est capable de provoquer des mouvements réflexes des pattes postérieures.

L'écorce cérébrale de la grenouille, celle du lapin sont également dans ces conditions sensibles à l'action directe de la lumière.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Farbenwechsel der Frösche (Sur les changements de couleur de la grenouille), par W. BIEDERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, LI, p.* 455, 1892).

L'histologie montre que les diverses colorations des grenouilles (rainettes) sont dues à l'intervention des cellules épithéliales de la peau et des chromatophores noirs du chorion. Les cellules épithéliales (indifférentielles de Brücke) présentent une couche de granules pigmentaires jaunes, et, au-dessus, une seconde couche de granules cristallisés. Ces deux couches sont uniformément réparties, dans le cas où l'animal présente la couleur verte: le pigment est groupé en amas, dans le cas où l'animal a une couleur jaune ou grise. Si les chromatophores étendent leurs prolongements autour des cellules épithéliales, le vert clair devient sombre ou noir. L'auteur étudie ensuite l'influence de la circulation sur la contraction des chromatophores. L'arrêt de la circulation fait pâlir la peau de la rainette ; cet effet tient à une émigration des corpuscules pigmentaires du centre vers la périphérie de la cellule. L'oxyde de carbone éclaircit la coloration sombre et condense le pigment en masses. Il y a dans le nerf sciatique des filets moteurs pour les chromatophores noirs; de plus, ceux-ci sont influencés indirectement encore par les nerfs vasomoteurs. Le centre tonique des premiers réside dans les lobes optiques : leur destruction donne à la grenouille une couleur très sombre. La rainette, dans ce cas, devient noire. La moëlle épinière, aussi, a une influence comme centre d'innervation. Le curare a peu d'influence: de fortes doses contractent les chromatophores. La rainette sombrée redevient verte si on la remet dans l'herbe. Elle s'assombrit lorsqu'elle est sur une surface polie et reverdit sur une surface inégale, par suite d'une action nerveuse dont le point de départ existe dans les disques fixateurs des pattes. Si l'on coupe les nerfs des quatre extrémités, l'animal tout entier s'assombrit. La température agit directement sur les cellules pigmentées, après que la communication est interrompue avec le système nerveux central.

La lumière, lorsqu'elle exerce une influence, agit directement et non par l'intermédiaire de l'œil et du système nerveux. DASTRE.

Suite des recherches sur les ferments digestifs, par M[lle] C. SCHIPILOFF (*Arch. des sciences physiq. et natur. de Genève, et Revue méd. Suisse romande, mars* 1892).

Dans un précédent travail (*R. S. M.*, XXXVI, 41) M[lle] Schipiloff

a cherché à démontrer que la bile empêche l'action peptonisante de la pepsine et que si la digestion stomacale peut se faire malgré la présence de bile, c'est grâce à l'action peptonisante de la sécrétion des glandes de Brunner tapissant la partie pylorique de l'estomac et le duodénum. Cette manière de voir a été contestée par Herzen (*R. S. M.*, XXXVIII, 31).

Les nouvelles expériences de C. Schipiloff, faites comme les premières, sur des estomacs de porcs sacrifiés pendant la digestion, lui ont montré que l'action du ferment des glandes de Brunner s'exerce dans un milieu acide, que le maximum d'action a lieu avec 2 à 2,5 pour mille d'acide chlorhydrique, mais qu'il supporte 4 pour mille. Ce ferment digère et peptonise la fibrine et l'albumine cuite, tout comme le fait la pepsine; son action est toutefois plus lente et exige le double de temps. La bile n'empêche pas l'action digestive des glandes de Brunner.

Pour ce qui est de l'influence des peptogènes, l'auteur montre que lorsqu'on compare des infusions des glandes de Brunner et des glandes peptiques faites avec des portions d'un même estomac, on constate que ces diverses infusions sont actives dans les mêmes conditions et sont le plus riches en ferments entre la quatrième et la cinquième heure de la digestion. J. B.

Zur Innervation des Magens (Innervation de l'estomac), par L. OSER (*Zeitsch. für klin. Medicin.*, *XX*, *p.* 285-298).

Les expériences de Oser ont démontré les faits suivants :

1° *Innervation du pylore.* — *a*) Le nerf pneumogastrique est le nerf de contraction, le splanchnique le nerf de dilatation du pylore.

b) La tonicité du pylore est souvent très élevée. Elle résiste à une pression de 200 millimètre de mercure. Parfois au contraire elle est nulle, l'estomac se vidant à la moindre pression.

c) La moyenne générale de la tonicité est de 10 à 20 mill. de mercure.

d) Les variations de la tonicité sont très marquées. Très forte au début d'une expérience, elle peut être nulle à la fin.

e) Ordinairement l'estomac se vide par une série d'ouvertures et de fermetures consécutives du pylore. D'où la forme en escalier des courbes obtenues avec la pince myographique.

f) Ces alternatives d'ouverture et de fermeture du pylore s'observent aussi bien quand les nerfs sont sectionnés que quand ils sont intacts.

g) Le pneumogastrique peut amener l'occlusion complète du pylore ouvert. Le splanchnique amène soit l'ouverture du pylore fermé, soit la dilatation du pylore en occlusion partielle.

2° *Innervation de l'estomac.* — *a*) On observe, que les nerfs soient intacts ou sectionnés, des mouvements de l'estomac irréguliers sans rythme fixe. L'immobilité complète s'observe parfois.

b) L'excitation du pneumogastrique amène une forte contraction à peine plus longue comme durée que la durée de l'excitation. Cette contraction est suivie d'une courte dilatation. Ces mouvements n'empêchent pas les mouvements péristaltiques de l'estomac.

c) L'excitation du splanchnique amène une faible contraction suivie d'une dilatation prolongée. Comme effet consécutif on observe une

augmentation des mouvements péristaltiques. Une nouvelle excitation du nerf peut faire cesser cette augmentation.

d) L'excitation simultanée du pneumogastrique et du splanchnique amène au début : 1° une forte contraction (excitation ordinaire du pneumogastrique) ; 2° une dilatation prolongée (excitation du splanchnique); 3° une excitation des mouvements péristaltiques. L'excitation nouvelle du pneumogastrique peut faire cesser ce dernier effet.

e) En résumé, le pneumogastrique est surtout un nerf excitomoteur, le splanchnique un nerf paralyticomoteur. L'effet du premier suit la durée de l'excitation. L'effet du second se prolonge après elle.

A.-F. PLICQUE.

Die diagnostische Bedeutung des Labenzyms (Valeur séméiologique du labzymogène), par BOAS (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, *p.* 370, 1892).

L'auteur mesure l'acidité totale du contenu gastrique, puis l'HCl libre à l'aide du papier du Congo, enfin il détermine dans quelles proportions le labferment et le labzymogène provoquent la coagulation du lait.

Ses recherches ont porté sur 70 sujets; plusieurs centaines d'analyses ont été faites.

Dans les cas où l'HCl fait défaut, la conservation du labzymogène dans ses proportions normales doit faire admettre l'absence d'affection organique de l'estomac; on pensera soit à une névrose gastrique, soit à une stase des vaisseaux de la paroi gastrique.

Au contraire, la diminution considérable du labzymogène fera admettre une altération anatomique de la paroi de l'estomac.

On ne peut formuler de conclusions sans avoir pratiqué des recherches multipliées, car chez le même individu on constate de grandes variations.

L. GALLIARD.

Experimenteller Beitrag zur Lehre von der alimentären Glykosurie, par KOLISCH (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 35, *p.* 738, 1892).

Si, après avoir lié les artères mésentériques, on introduit dans l'estomac d'un chien une certaine quantité de sucre, on constate, deux ou trois heures après, une glycosurie abondante et transitoire. Le pancréas ne présente pas de lésion ; la muqueuse intestinale n'a pas encore eu le temps de se nécroser. Mais la lésion de l'intestin est telle que le sucre est résorbé avec une rapidité trop grande pour que les organes chargés de l'assimiler puissent suffire à leur tâche; de là la glycosurie. On pourrait encore supposer que l'assimilation du sucre est une fonction de la muqueuse elle-même.

Comme la glycosurie ne se montre que si la lésion intestinale est suffisamment étendue, et seulement si l'on introduit du sucre dans le tube digestif, on peut affirmer que cette glycosurie alimentaire est bien due à un trouble fonctionnel de l'assimilation.

LEFLAIVE.

A research on the properties... (Recherches sur les propriétés du suc intestinal de l'homme), par A. TUBBY et D. MANNING (*Guy's hosp. Rep.*, *XLVIII*, *p.* 271).

Le suc intestinal a été obtenu d'une fistule communiquant avec un cul-de-sac de l'iléon chez un malade de Davies Colley. Il en était sécrété

par jour en moyenne 25 centimètres cubes : le poids spécifique a varié de 1006 à 1016. C'est un liquide opalin, d'odeur fade, légèrement alcaline, et basique, renfermant du carbonate de chaux.

Action du suc intestinal : *a*) sur les albuminoïdes. Aucune action sur la sérine, l'albumine, la caséine, ni la fibrine. Pas de production de peptone.

b) Sur les graisses. Il les émulsionne et les saponifie.

c) Sur les hydrocarbures. La cellulose est inaltérée. Le sucre de canne est transformé en glycose. L'amidon également, ainsi que la maltose. Le suc intestinal complète donc, sous ce rapport, l'action de la salive et du suc pancréatique.

d) Sur le lait. La caséine est précipitée et le lait devient acide. H. R.

The absorption of water in the alimentary canal, par J. Sydney EDKINS (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 445, 1892).

Chez un animal anesthésié par une injection sous-cutanée de morphine et atropine, l'absorption de la solution saline normale se fait avec des vitesses différentes dans les différentes parties du canal intestinal. L'absorption dans le gros intestin est rapide et considérable (2^{cc} de solution par centimètre et par heure). Dans la dernière partie de l'intestin grêle, les résultats sont moins constants (1^{cc}31). Dans la partie supérieure, l'absorption était moindre encore (0,727). Dans l'estomac, l'absorption a paru nulle. En présence de la solution salée physiologique, il ne se produit de sécrétion ni de suc gastrique, ni de suc intestinal. Il y a seulement production d'une petite quantité de mucus. DASTRE.

Ueber Fleisch-und Fettmästung (Sur l'engraissement par la viande et la graisse), par E. PFLÜGER (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LII*, *p.* 1).

1° L'expérience de Pflüger poursuivie pendant près de huit mois a démontré qu'un chien, sans réserves de graisse, et nourri exclusivement d'albuminoïdes, est resté capable d'accomplir toutes ses fonctions ; 2° par aliment nécessaire il faut entendre la plus petite quantité de viande maigre qui maintient l'équilibre azoté, sans destruction de graisse ou d'hydrates de carbone. Un kilogramme de viande correspond à 2^{gr}, 073 d'azote ; 3° la valeur de l'aliment nécessaire est déterminée par le poids albuminoïde de l'animal et croît avec celui-ci en rapport direct. Un animal gras a, à cause de cela, un besoin alimentaire moindre, sa graisse comptant comme poids mort ; 4° la destruction de l'albumine croît avec l'ingestion, quand même celle-ci dépasse le besoin alimentaire : une partie de l'excédent est écartée. La digestion ne peut guère verser dans le sang beaucoup plus d'albumine que celle du besoin alimentaire. L'excédent qui peut être digéré atteint chez le chien de 30 à 40 0/0 ; 5° lorsqu'un chien est soumis au régime mixte, on peut élever à volonté l'alimentation non azotée sans élever en même temps les échanges matériels. L'engraissement en est d'autant plus avantageux, car l'excédent est transformé en graisse et entreposé comme tel. Mais si l'albumine à elle seule dépasse le besoin alimentaire, le principe doit être modifié. L'albumine n'ayant pas de pouvoir engraissant, il faut, pour pousser à la graisse, employer le moins d'albumine et le plus possible d'hydrates de carbone.

L'albumine des tissus intervient certainement dans l'opération de la transformation du sucre en graisse ; 6° dans l'alimentation mixte la plus grande masse d'albumine est détruite. Ce n'est qu'autant que le besoin alimentaire n'est pas couvert par l'albumine que les aliments azotés sont oxydés. Le reste est déposé comme graisse. Un excédent d'albumine dans l'alimentation rend disponible une partie des autres aliments et permet leur dépôt comme graisse. Dans ce sens, l'albumine ajoutée favorise l'engraissement, mais sans y prendre part elle-même, comme on le croyait ; 7° avec l'alimentation à la viande, exclusivement, et l'exclusion des graisses et hydrates de carbone, l'accroissement du corps en viande est possible si l'aliment dépasse le besoin ! L'excès d'albumine n'est pas entreposé, mais détruit pour la plus grande partie. Le besoin d'albumine augmente, l'excédent diminue : l'équilibre tend à s'établir. Lorsque, dans l'alimentation mixte, l'excédent d'albumine seul existe déjà, les autres aliments n'en remplacent que 7 à 16 0/0. L'accroissement en viande est donc d'autant plus grand qu'il y a plus d'albumine dans l'aliment. Sur dix parties il y en a cependant à peine une seule qui puisse servir à l'accroissement, neuf sont détruites. Le mémoire se termine par un tableau des constantes de l'alimentation. DASTRE.

Sur la circulation entéro-hépatique de la bile, par E. WERTHEIMER (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 577, 1892).

L'auteur a montré que la bile de mouton injectée à un chien est rejetée en nature par le foie de l'animal en expérience. La même chose a lieu évidemment pour la bile de l'animal lui-même résorbée dans l'intestin. Il s'agit seulement de savoir si ce rejet a lieu immédiatement dès que le liquide arrive au foie par la veine porte, ou s'il a lieu après pénétration dans la circulation générale. L'auteur ferme à la bile injectée dans une veine mésaraïque la voie de la circulation générale qui la ramènerait au foie, en supprimant toutes les artères du foie, par une ligature du hile en masse, à l'exception de la veine porte. La bile de mouton passe encore dans la bile de l'animal en expérience : preuve directe de la circulation entéro-hépatique de ce liquide. DASTRE.

Effects of removal... (Effets de l'ablation partielle des reins sur les échanges matériels azotés chez le chien, par BRADFORD (*Proceedings of the Physiological Society, mars* 1891).

L'ablation d'une portion de rein guérit facilement par première intention. Les changements ultérieurs de la sécrétion sont presque insignifiants ; il y a seulement accroissement d'eau et d'urée. Six semaines plus tard on enlève l'autre rein intégralement, l'animal ne possédant plus qu'une portion de rein. Si cette portion restante est très petite (plus petite que 1/4) l'animal maigrit et meurt en fournissant une urine riche en eau et en urée (double) mais ne contenant ni sucre ni albumine. Malgré l'excès d'urée dans l'urine, tous les organes en sont imprégnés. Si le reste de rein est plus grand que les 3/4, l'hydrurie est le seul phénomène observable. DASTRE.

Ueber den Antheil der Malpighi'schen Knäuel... (De la participation des glomérules de Malpighi à l'excrétion urinaire et des lois qui y président), par LANG (*Wien. klin. Wochenschr.*, nos 47 *et* 48, 1891).

L'excrétion urinaire commence aux glomérules de Malpighi; les produits urinaires préformés dans le sang sont excrétés à ce niveau suivant les seules lois de la diffusion, sans qu'il y ait sécrétion véritable et sans que le système nerveux exerce à ce propos une influence directe. Mais ne s'excrètent dans les glomérules que les produits urinaires pour lesquels la paroi des vaisseaux est perméable, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas un volume moléculaire trop considérable. Les substances dont le volume moléculaire ne leur permet pas de traverser la paroi du glomérule, sont excrétées au delà de celui-ci, en même temps que se continue l'excrétion des subtances plus diffusibles. LEFLAIVE.

Recherches sur la fonction des capsules surrénales, par M. ALBANESE (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 49, 1892, *et Rendiconte della R. Accad. dei Lincei, série V, vol. I*).

On trouve de la neurine dans les urines d'individus morts de la maladie d'Addison. D'autre part, il y en a dans toute l'économie, et on en a trouvé dans les capsules surrénales. L'auteur a cherché à savoir si les grenouilles acapsulées par le procédé d'Abelous et Langlois réagissaient de la même manière que les grenouilles normales envers la neurine injectée. 1 milligramme est alors une dose mortelle, tandis qu'une dose quatre fois plus grande ne l'est pas pour une grenouille normale. Au contraire, la strychnine et l'atropine montrent la même activité chez les grenouilles acapsulées et chez les normales. Comme conclusion, les capsules surrénales ont probablement pour fonction de modifier la neurine.

DASTRE.

Die Reaction des Schweisses beim gesunden Menschen (La réaction de la sueur chez l'homme sain), par E. HEUSS (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXV*, 9, 10 *et* 12, 1892).

1° La sueur de l'homme sain, recueillie quand il est au repos, est acide;

2° L'acidité des sueurs profuses obtenues, soit par l'action de la pilocarpine, soit par des bains de vapeur ou d'air chaud, diminue bientôt pour faire place à une réaction neutre et alcaline;

3° Quand la sueur reste stagnante, comme il arrive à la plante des pieds et dans les aisselles, elle se décompose et devient alcaline;

4° La réaction de l'épiderme doit être étudiée séparément de celle de la sueur : elle est acide sur toute la surface du corps, non seulement à fleur de peau, mais aussi dans la partie profonde de la couche cornée et dans la couche de cellules épineuses;

5° La réaction de l'épiderme et celle de la sueur sont, dans une certaine mesure, indépendantes l'une de l'autre; alors même que la sueur est devenue alcaline, l'épiderme peut continuer à présenter une réaction acide jusque dans ses couches profondes;

6° La sueur acide normale est un produit complexe résultant de l'union

de la sécrétion faiblement acide ou légèrement alcaline des glandes sudoripares avec la sécrétion acide de l'épiderme;

7° Les différences de réaction que présente la sueur suivant les conditions dans lesquelles elle est recueillie sont dues aux proportions variables des deux éléments qui la composent. H. HALLOPEAU.

A possible part played by the membrana basilaris in auditory excitation, par A. D. WALLER (*Proceedings of the Physiologiocal Society*, *juin* 1891).

Helmholtz a fait de la membrane basilaire un clavier de piano, qui décomposerait et analyserait les sons complexes dont chacun répondrait à l'un des sons élémentaires. Au contraire, Rutherford l'a considérée comme une membrane de téléphone reproduisant tels quels les sons composés qui ont déjà fait vibrer la membrane du tympan. Cette observation est en rapport avec la théorie des consonnances, avec les remarques de Hensen et de Baginsky. L'auteur l'adopte. Il regarde la membrane basilaire comme un tympan interne, portant une couche de cellules ciliées qui sont excitées par la pression qu'elles éprouvent de la membrana tectoria. DASTRE.

Gleichgewicht und Otolithenorgan (Equilibre et otolithes), par M. VERWORN (*Arch. f. die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 423, 1891).

L'auteur se propose d'étudier les otolithes chez le premier groupe animal où cet organe apparaît, chez les éténophores, dans l'espoir d'y trouver la fonction réduite à sa portée essentielle. De fait, il arrive à cette conclusion que l'organe des otolithes est un organe d'équilibre et qu'il ne possède aucun rôle acoustique. Il propose pour ces parties les noms de statolithe et de statocystes au lieu des noms d'otolithe et d'otocystes. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Recherches sur la toxicité de l'urine des aliénés, par MAIRET et BOSC (*Soc. de biol.*, *p.* 716, 1891).

Les urines des aliénés se divisent en deux groupes : 1° celles qui n'ont pas un degré de toxicité plus marqué que la normale (démence sénile, période de calme de certaines formes d'aliénation mentale) ; 2° celles qui ont une toxicité supérieure à la normale (périodes d'agitation et stupeur lypémaniaque). La toxicité se manifeste par l'exagération des phénomènes de l'urine normale (manie, stupeur) ou par la production de phénomènes nouveaux (cas de lypémanie). Les auteurs sont conduits à admettre deux espèces d'aliénations mentales, les aliénations mentales névroses et les aliénations mentales par troubles de la nutrition.

DASTRE.

Ricerche intorno ai microrganismi ed alla tossicità delle urine negli individui affetti da processi suppurativi, par A. NANNOTTI et G. BACIOCCHI (*La Riforma medica, p.* 424, 16 *août* 1892).

Les auteurs ont étudié les urines de 10 sujets atteints d'abcès de siège et de volume variable. Ils concluent de leurs recherches que, dans tous les processus suppuratifs, même ceux qui ne s'accompagnent d'aucune réaction générale, on observe constamment une élimination des microorganismes pyogènes à travers l'appareil urinaire, sans qu'il y ait de signes cliniques de lésion vésicale ; les microorganismes éliminés par les urines conservent toujours un léger degré de virulence ; ces urines peuvent infecter les plaies ; elles ont un pouvoir toxique plus considérable que celui des urines normales. Il résulte de là la nécessité de favoriser le fonctionnement des reins chez les sujets atteints de suppuration. GEORGES THIBIERGE.

I. — On the estimation of uric acid in human urine, par E. W. GROVES (*The Journal of Physiology, XII, p.* 485, 1891).

II. — On the excretion of uric acid and urea, par W. P. HERRINGHAM et O. DAVIES (*Ibidem, XII, p.* 475, 1891, *et p.* 478, 1891).

III. — On the estimation of uric acid, par J. B. HAYCRAFT (*Proceedings of the Physiological Society, mai* 1891).

IV. — On the excretion of uric acid and its estimation by Haycraft's Process, par A. HAIG (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 1230, 1892).

I. — L'auteur perfectionne la méthode de Salkowski-Ludwig, en substituant l'iodure de potassium au sulfure de sodium, et en faisant usage de filtres en papier au lieu de filtres en coton de verre. Il critique la méthode d'Haycraft qu'il considère comme donnant des erreurs par excès colossales.

II. — D'après Haig, le rapport de l'acide urique à l'urée chez l'homme sain varierait en raison inverse de l'acidité totale de l'urine diurne. La formation de l'acide urique ne dépendrait pas des vicissitudes de l'assimilation : son excrétion varierait avec l'alcalinité variable du sang. Les auteurs soumettent ces vues à un contrôle expérimental en employant de meilleures méthodes. Ils les trouvent non justifiées ; donc, ou bien l'acidité visible n'est pas l'expression exacte de l'excrétion, ou bien c'est la formation et non point la simple excrétion de l'acide urique qui varie.

Les carnivores et l'homme excrètent de grandes quantités d'ammoniaque lorsque l'alimentation introduit beaucoup d'acides. C'est un moyen d'empêcher l'abaissement par trop considérable de l'alcalinité du sang. L'ammoniaque représente donc l'acidité latente par opposition à l'acidité visible. Les auteurs mesurent l'urée, l'acide urique, l'ammoniaque et l'acidité visible, dans une expérience prolongée trente jours avec un régime réglé. Ils constatent que l'excrétion de l'acide urique ne varie pas en raison inverse de l'acidité quotidienne, et que l'acide urique peut dépasser le taux de 1/24 de la quantité d'urée, sans mauvais résultats.

III. — L'auteur a imaginé une méthode qui consiste à précipiter

l'acide urique à l'état d'urate d'argent, à évaluer l'argent et à en déduire l'acide urique. Salkowski a contesté le bien-fondé de cette méthode, en prétendant qu'il n'y a point de rapport constant entre l'argent et l'acide urique. Haycraft maintient l'exactitude de son procédé.

IV. — Les alcalis accroissent la solubilité de l'acide urique dans le sang et son excrétion dans l'urine : les acides agissent en sens contraire. La relation normale de l'urée à l'acide urique est de 33 à 1. L'auteur maintient ces résultats dans leur sens général et il assure également que l'emploi de la méthode de Haycraft fournit des résultats constants. DASTRE.

Ueber Harnsäure und Gicht, par Emil PFEIFFER (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 *et* 25 *avril*, 9, 16 *et* 30 *mai* 1892).

Par la méthode de dosage de Salkowski, Pfeiffer a trouvé que l'élimination de l'acide urique, chez l'homme sain, est un facteur très constant, bien moins sujet à oscillations que celle de l'urée. Elle diminue d'une façon continue à mesure qu'on avance en âge. Rapportée à un poids du corps de 100 kilogrammes, elle est représentée par 1,281 dans les dix premières années de la vie ; par 1,113 dans la 2e décade ; par 1,024 dans la 3e ; par 0,965 dans la 4e ; par 0,882 dans la 5e ; par 0,752 dans la 7e et par 0,577 dans la 9e. De son côté, l'élimination de l'urée tombe successivement dans les périodes d'âge correspondantes, de 50^{gr},8 à 49^{gr},9, à 40^{gr},7, à 38,^{gr}4, à 32^{gr},8, à, 30^{gr},7 et à 21^{gr},9. Ces chiffres suffisent à réfuter l'opinion que l'augmentation de l'acide urique excrété indique un ralentissement de la nutrition. C'est le contraire qui est vrai, l'élimination abondante d'acide urique et d'urée correspond à une nutrition très active. Il ressort également de ces recherches qu'on ne saurait considérer simplement l'acide urique comme résultant d'une oxydation défectueuse de l'urée dans l'organisme, puisque, d'une part, c'est l'enfant qui en excrète le plus, et que, d'autre part, à tous les âges, il existe un rapport à peu près invariable entre les quantités respectives d'urée et d'acide urique. En revanche, la diminution constante de l'acide urique éliminé avec les progrès de l'âge s'explique naturellement si l'on admet avec Horbaczewski (*R. S. M.*, XXXIX, 41) que cet acide est un produit terminal de la nucléine.

L'élimination d'acide urique ne devient morbide que si elle est très considérable, relativement à celle de l'urée, si elle dépasse le 1/30 de celle-ci, à condition toutefois que l'alimentation ne soit pas insuffisante en matières azotées.

La goutte se caractérise à ses débuts par une diminution dans l'excrétion de l'acide urique et de l'urée. Mais l'emploi de la méthode de dosage de Salkowski contraint Pfeiffer de modifier sur deux points ses opinions antérieures. Il n'est pas exact que la cachexie goutteuse s'accompagne d'une diminution, voire d'une disparition de l'acide urique dans l'urine. Quand la goutte est passée à l'état chronique, on note le plus souvent une augmentation dans l'excrétion de l'acide urique et de l'urée ; l'assertion contraire de Garrod s'explique par l'emploi de la méthode de dosage de Heintz (lire dans l'original les différences des deux méthodes).

La formation d'acide urique à l'intérieur de l'organisme n'est aug-

mentée que chez les goutteux chroniques et il ne s'agit pas là d'une simple rétention de l'acide comme le croyait Garrod ; chez ces malades, en même temps qu'il y a accroissement de l'acide urique, il y a diminution notable de l'urée dans les urines (*R. S. M.*, XXXV, 172). J. B.

Sur l'inversion de la formule des phosphates éliminés par l'urine dans l'apathie épileptique et le petit mal, par Ch. FÉRÉ et L. HERBERT (*Soc. de biol.*, 26 *mars* 1892).

Les auteurs contestent la valeur absolue de l'inversion de la formule des phosphates comme caractère propre des crises convulsives de l'hystérie. Ils ont vu, par contre, une variation très marquée dans deux cas de manifestations non-convulsives de l'épilepsie. A. C.

Ueber eine Methode zur Bestimmung von einfachsauren Phosphate neben zweifach-sauren Phosphate im Harne (Sur une méthode pour déterminer le phosphate basique à côté du phosphate bibasique dans l'urine), par Ernst FREUND (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 689, 1892).

Le chlorure de baryum ne précipite que les phosphates bibasiques (mono-acides) et permet de les séparer des phosphates basiques qui restent en solution. Si l'on connaît la teneur en phosphates de la solution primitive et si on détermine pareillement au moyen de la solution d'urane les phosphates dans une portion du liquide filtré après traitement par le chlorure de baryum, on a tous les éléments pour le dosage des deux espèces de phosphates. La méthode est applicable à l'urine.

L. FREDERICQ.

Electrical resistance of the urine, par D. TURNER (*Lancet, p.* 140, 16 *juillet* 1892).

La résistance électrique normale de l'urine est d'environ 45 Ohms. Elle s'élève considérablement dans les néphrites aiguës ou chroniques, diverses affections respiratoires, les anémies pernicieuses ou non. Elle s'abaisse dans diverses affections nerveuses. La détermination de cette résistance très facile a un intérêt diagnostique et surtout pronostique. Chez un Brightique la résistance tombait, en 4 mois, de 114 Ohm. à 42, à mesure que se faisait sentir l'influence du régime. Dans un cas d'anémie pernicieuse, la résistance de 115 avant la transfusion était un mois après, le malade étant en convalescence, de 44 Ohms. A.-F. PLICQUE.

Ueber eine Reaction zum Nachweis von Zucker im Urin, auf Indigobildung beruhend (Réaction pour rechercher le sucre dans l'urine, basée sur la formation de l'indigo), par G. HOPPE-SEYLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XVII*, *p.* 83-87).

On sait que l'indigo peut être obtenu en réduisant l'acide o-nitrophénylpropiolique par ébullition avec un alcali en présence d'une substance réductrice, telle que la glucose. C'est cette réaction qu'utilise l'auteur. Son réactif est une solution 0,5 0/0 d'acide o-nitrophénylpropiolique dans la soude 10 0/0. On fait bouillir 5 centimètres cubes de ce réactif avec 10 gouttes de l'urine à examiner : si la liqueur se colore en bleu

foncé, c'est que l'urine renferme au moins 0,5 0/0 de glucose, ou une quantité de substances réductrices équivalant à ce poids de glucose.

Les avantages de cette méthode sont les suivants : 1° le réactif se conserve indéfiniment sans altération; 2° la recherche peut être effectuée sur quelques gouttes d'urine; 3° la présence de l'albumine est sans influence sur la réaction. AD. F.

I. — **Ueber eine bisher nicht beobachtete Zuckerart im Harn (Sur une nouvelle espèce de sucre trouvée dans l'urine), par E. SALKOWSKI et M. JASTROWITZ** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *VI*, *p.* 337, 1892).

II. — **Ueber das Vorkommen der Pentaglykosen (Pentosen) im Harn (Sur la présence des pentaglycoses dans l'urine), par E. SALKOWSKI** (*Ibidem*, *p.* 593, *VI*, 1892).

III. — **Vorlänfige Mitteilung über das Verhalten der Pentaglykosen (Pentosen) im menschlichen Organismus (Communication préliminaire sur la présence des pentaglycoses dans l'organisme de l'homme), par W. EBSTEIN** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *VI*, *p.* 577, 1892).

I.—Présence dans l'urine d'un morphinomane d'une substance réduisant la liqueur cupropotassique, donnant par l'ébullition prolongée avec 2 0/0 de chlorhydrate de phénylhydrazine et 4 0/0 d'acétate de sodium un volumineux précipité d'une *osazone*, assez soluble dans l'eau chaude, et fondant à 158-160°, c'est-à-dire à la même température que l'osazone provenant des deux pentoses (arabinose et xylose.) Le sucre en question n'est pas fermentescible et paraît optiquement peu actif.

II.—L'urine donne la réaction des pentoses de Tollens. Voici comment il convient d'exécuter cette réaction. On dissout à chaud un peu de phloroglucine dans 5 à 6 centimètres cubes d'acide chlorhydrique fumant, de manière à ce qu'il reste un peu de substance non dissoute; on divise le liquide en deux portions égales, dans deux tubes à réaction et on laisse refroidir. A l'un des tubes on ajoute 1/2 centimètre cube d'urine normale; à l'autre, 1/2 centimètre cube de l'urine à essayer. On chauffe les deux tubes au bain d'eau bouillante : en peu de temps, l'urine contenant la pentose présente à sa partie supérieure un liséré rouge, qui envahit peu à peu tout le liquide. La matière colorante rouge est soluble dans l'alcool amylique.

III. — Après ingestion de pentaglycose (arabinose ou xylose) l'urine présente les réactions caractéristiques de ces substances et dévie, comme elles, le plan de la lumière polarisée à droite. L. FREDERICQ.

Ueber die Ausscheidung das Stickstoffs im Harn (Élimination de l'azote par l'urine), par G. GUMLICH (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XVII*, *p.* 10-35).

A l'état physiologique, l'alimentation animale provoque une augmentation de l'urée; elle est sans action sur l'azote ammoniacal de l'urine et diminue légèrement l'azote extractif. L'alimentation végétale diminue l'urée, diminue légèrement l'azote ammoniacal et augmente notablement l'azote extractif. Le rapport de l'azote extractif à l'azote de l'urée varie de 1 : 9,16 (alimentation mixte) à 1 : 10,11 (alimentation animale) et à 1 : 5,5 (alimentation végétale).

Les maladies fébriles diminuent la quantité d'azote des urines, mais en augmentant considérablement l'azote extractif et l'azote ammoniacal.

Le diabète augmente l'azote ammoniacal et diminue l'azote extractif.

La cirrhose du foie, l'anémie grave, les maladies de cœur diminuent l'urée et augmentent l'azote extractif et l'ammoniaque.

Les maladies du rein augmentent l'azote ammoniacal. Dans l'urémie, l'urée s'élimine normalement; les matières extractives azotées s'accumulent dans l'organisme pendant les accès, et s'éliminent abondamment par l'urine après la crise.

D'une façon générale, l'azote extractif augmente dans l'urine toutes les fois que le poids du corps diminue rapidement, aussi bien à l'état physiologique que dans les états pathologiques. AD. F.

Hämatoporphyrinurie, par SOBERNHEIM (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 24, *p.* 566, 1892).

L'hématoporphyrine, déterminée par Hoppe-Seyler, de Nencki et Sieber, a été constatée dans l'urine par Salkowski, Hammarsten, Jolles. Elle fournit au spectroscope, quand elle se trouve dans une solution acide, deux raies dans le jaune et le vert clair; la partie droite du spectre, depuis la limite du vert et du bleu, s'assombrit. Si l'on ajoute de l'ammoniaque, on a 4 raies d'absorption : dans le jaune, dans l'oranger, dans le vert clair, et à la limite du vert et du bleu. En traitant l'urine par l'acétate de plomb basique, on voit le précipité fixer la matière colorante.

L'auteur a constaté l'hématoporphyrinurie chez un typhique de 13 ans; au début il avait remarqué la coloration foncée, purpurique, puis la teinte brune ou brun-rouge de l'urine qui s'était ensuite progressivement éclaircie. Il y avait une réaction diazoïque très nette, pas d'albumine, pas de pigment biliaire, pas de globules rouges, pas d'éléments figurés.

On sait que jusqu'ici l'hématoporphyrinurie n'a été vue que chez des sujets qui avaient pris du sulfonal. Or le malade de Sobernheim n'avait ingéré aucun médicament. Comme ce sujet portait à la paroi abdominale une tumeur qui paraissait être un hématome de l'un des muscles droits, l'auteur a pensé que l'extravasation d'une grande quantité de sang avait favorisé la transformation de l'hématome. Au moment de la disparition de l'hématome, c'est-à-dire au bout de 15 jours, l'urine était redevenue claire.

Bien que limpide, l'urine conserva une coloration rouge-orange spéciale, rappelant celle du vin de Hongrie et, pendant six semaines, on put y démontrer la présence de l'hématoporphyrine. Le phénomène persistait après guérison complète de la fièvre typhoïde et, comme d'après les renseignements l'enfant avait eu, avant cette maladie, une coloration rouge foncé de l'urine, l'auteur se demande s'il ne s'agit pas, dans ce cas singulier, d'une hématoporphyrinurie chronique. L. GALLIARD.

I. — Ueber Uroerythrin und Hämatoporphyrin im Harn. (**Sur la présence de l'uroérythrine et de l'hématoporphyrine dans les urines**), par **ZOJA** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 705, 1892).

II. — Ueber Hämatoporphyrin im Harn (**Sur la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine**), par **HAMMARSTEN** (*Skandin. Archiv f. Physiologie*, *III*, *p.* 319).

I. — La présence de l'uroërythrine ou de l'hématoporphyrine dans les urines est toujours en relation avec un état morbide du foie, parfois également d'autres organes hématopoïétiques. L'auteur donne les caractères distinctifs de ces deux substances.

II. — Tous les malades chez lesquels H. a constaté la présence d'hématoporphyrine dans les urines avaient ingéré des doses notables de sulfonal. H. décrit les propriétés spectroscopiques de l'hématoporphyrine et le procédé qu'il a suivi pour préparer la substance. L. FREDERICQ.

I. — Influence du chlorure de calcium sur l'albumine d'œuf et sur quelques uns de ses dérivés), par **Sydney RINGER** (*The Journal of Physiology, XII*, *p.* 378, 1891).

II. — Further observation... (**Nouvelles observations sur le même sujet**), par **LE MÊME** (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 300, 1892).

I. — Le blanc d'œuf suffisamment dilué ne coagule point à l'ébullition : il coagule si l'on ajoute du chlorure de calcium et forme un caillot solide résultant de l'agrégation des particules; et il y a subséquemment contraction du caillot. Le chlorure de barium a une influence analogue : de même le sulfate de magnésie. La température de début dépend de la quantité du sel. Si la solution d'albumine est bouillie avec un alcali faible, elle coagule moins rapidement, mais le caillot se contracte fortement; avec un alcali fort, l'alcali-albumine formée ne coagule plus. L'alcali-albumine a les réactions de la caséine.

Soldner (1888) admet avec Hammarsten que le caséinogène se comporte comme un acide et se combine avec la chaux. C'est à cet état que la chaux est en dissolution dans le lait. C'est une propriété générale des sels de chaux, qu'après qu'une solution a été amenée à l'état de suspension particulaire, ils agrègent les particules en masses plus volumineuses, en formant un caillot, et le contractent ensuite.

II. — L'auteur admet que dans la coagulation de l'albumine, celle-ci est d'abord transformée en alcali-albumine et que c'est celle-ci qui est précipitée par l'action du sel de chaux. Si le blanc d'œuf étendu (1/8) est légèrement acidifié avec l'acide acétique, ce qui l'empêche de passer à l'état d'alcali-albumine, il coagule sans sel de chaux. En réalité, les sels de chaux ne déterminent point la coagulation de l'albumine; ils coagulent avec l'aide de la chaleur l'alcali-albumine. Ils agissent, dans quelques cas, en diminuant l'alcalinité de la solution. Ils précipitent l'alcali-albumine dans les solutions alcalines fortes, soit qu'ils diminuent le pouvoir dissolvant du milieu, soit qu'ils modifient la molécule protéique. DASTRE.

On the chemical characteristics of nucleo-albumins, par **HALLIBURTON** (*Proceedings of the Physiological Society*, *London*, *mars* 1892).

Quelques-unes des substances que l'auteur a précédemment décrites comme globulines (du foie, du rein, du cerveau), sont en réalité des

nucléo-albumines. L'organe (thymus, lymphe, rein), finement divisé est jeté dans une solution forte de NaCl. Le produit gélatineux résultant, placé dans un excès d'eau, donne des globulines qui se précipitent au fond du vase avec le tissu inattaqué, tandisque les nucléo-albumines s'élèvent en formant des stries contre le vase. Un autre procédé consiste à faire digérer l'organe avec de l'eau distillée : et à précipiter cet extrait aqueux par un peu d'acide acétique. Ce précipité est le « fibrinogène des tissus » de Wooldridge, c'est-à-dire un mélange de nucléo-albumine, de mucine, de lécithine. La mucine vient du tissu conjonctif, la lécithine peut être écartée par l'alcool à 40°, le reste est la nucléo-albumine. On la trouve ainsi dans les ganglions, le thymus, le testicule, le cerveau, le rein, le foie. Toutes les nucléo-albumines diffèrent. Une injection intra-veineuse de ces corps produit la coagulation intra-vasculaire (Wooldridge). Il y a de plus peptonurie (Wright). Fraîchement préparée elle ne donne pas la réaction du biuret, non plus que la réaction nitrique acide caractéristique des protéoses : elle fournit une teinte violette dans le premier cas; en solution faible dans le carbonate de soude elle précipite par l'acide nitrique; le précipité s'éclaircit par la chaleur, mais n'augmente point par le refroidissement. Dans l'eau distillée, les nucléo-albumines se coagulent vers 60°.

La matière est lavée avec de l'acide acétique dilué, l'eau distillée, l'alcool chaud et froid, l'éther. De l'eau faiblement acidulée avec l'acide chlorhydrique enlève les phosphates minéraux; on lave à l'eau distillée; on sèche et on pulvérise. Un poids déterminé est dissous dans l'acide nitrique bouillant : on complète l'oxidation avec un peu d'acide sulfurique et de chlorate de potasse. L'acide phosphorique formé est précipité par le nitro-molybdate d'ammoniaque ; le précipité formé, rassemblé, lavé, redissous dans l'ammoniaque, et on y ajoute la mixture de magnésium. Le précipité de phosphate ammoniaco-magnésien est réuni sur un filtre dont le poids en cendre est connu, lavé avec l'ammoniaque, incinéré. La cendre est pesée, et le calcul donne la quantité de phosphore de la nucléo-albumine (environ 3 pour 1000.) DASTRE.

Beiträge zur Kenntniss der Eiweisskörper der Nieren und der Harnblase (Substances albuminoïdes du rein et de la vessie), par J. LONNBERG (*Skandin. Archiv für Physiologie, III*, 1).

La substance corticale du rein contient une nucléo-albumine soluble dans la soude diluée. La substance médullaire du rein, ainsi que la muqueuse vésicale, traitées par l'ammoniaque très diluée, fournissent une autre nucléo-albumine ressemblant à la mucine, mais ne fournissant pas de substance réductrice par ébullition en présence des acides minéraux dilués. Les indications de mucine trouvée dans les urines se rapportent probablement à cette dernière nucléo-albumine. La vraie mucine n'existerait pas dans l'urine. LÉON FREDERIQ.

Transformation de l'albumine des urines en propeptones dans la maladie de Bright. Nécessité de certaines précautions à prendre pour l'analyse de ces urines, par E. GÉRARD (*Journal de Pharmacie et de Chimie, XXVI, p.* 104).

L'auteur cite deux observations de brightiques chez lesquels, sous

l'influence du régime lacté, l'albumine a disparu des urines dans l'espace de quelques jours, pour faire place à des propeptones, qui ont elles-mêmes peu à peu diminué et enfin disparu. L'apparition des propeptones constituerait une des phases de la maladie en voie d'amélioration. Il est donc important, lorsqu'on examine des urines de brightiques, de rechercher, outre l'albumine proprement dite, coagulable par la chaleur, les propeptones précipitables par le chlorure de sodium en présence d'acide acétique, par les réactifs de Tanret et d'Esbach, etc. AD. F.

Recherche sur le passage des solutions de caséine à travers la porcelaine, par L. HUGOUNENQ (*Journal de Pharmacie et de Chimie, XXVI, p.* 109 *et* 155).

L'auteur s'est proposé d'étudier les changements de composition qu'éprouvent, par le fait de leur filtration à travers la porcelaine, les milieux propres à la culture des microbes pathogènes. Ses premières recherches ont porté sur les solutions alcalines de caséine. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Les filtres en porcelaine laissent passer très inégalement les substances albuminoïdes ; la porcelaine d'amiante est traversée plus facilement que le biscuit des bougies Chamberland ; la vitesse de la filtration est plus grande avec des bougies neuves qu'avec des bougies ayant servi un grand nombre de fois.

La proportion de la caséine qui traverse le filtre augmente avec l'alcalinité de la solution. Elle est plus considérable avec des appareils neufs qu'avec des appareils ayant servi.

Quelques substances albuminoïdes abandonnent à la surface extérieure de certaines bougies un résidu qui ne traverse jamais, sans être pour cela fixé dans les pores de la porcelaine ; cependant une petite quantité d'albumine reste fixée dans la pâte et résiste aux eaux de lavage. La porcelaine d'amiante semble retenir moins de matière que la bougie Chamberland.

La filtration à travers la porcelaine de certaines substances albumineuses s'accompagne de modifications. Des gaz se dégagent ; la proportion de caséine précipitable par l'acide acétique subit une diminution considérable, qui, dans certains cas, peut atteindre le tiers du poids total.

On ne peut pas conclure de la composition chimique d'un milieu de culture contenant des matières albuminoïdes à la composition chimique de ce même milieu après stérilisation sur bougie, au moins en ce qui concerne la nature et la proportion des matières albuminoïdes. AD. F.

Die Chromsäure als Reagens auf Eiweiss und Gallenfarbstoff (**L'acide chromique réactif de l'albumine et du pigment biliaire**), **par O. ROSENBACH** (*Deutsche med. Woch., n°* 17, *p.* 381, 1892).

On peut précipiter, avec quelques gouttes d'une solution d'acide chromique à 5 0/0, de très faibles quantités d'albumine, sous forme de flocons jaunâtres. Si la chaleur a précipité les phosphates, l'acide chromique éclaircit l'urine, puis il précipe l'albumine. Il est inutile d'ailleurs de chauffer l'urine car l'acide chromique ne précipite pas les urates.

La même solution peut être employée pour la détermination des pigments biliaires. S'ils existent, l'urine se colore en beau vert, puis en rouge brun. L'acide chromique a l'avantage de ne pas provoquer

les colorations accessoires (brun, rouge, etc.) que fait naître l'acide nitrique. Quand on le verse par gouttes sur le filtre que vient de traverser l'urine bilieuse, on obtient un résultat parfait, car la coloration verte se manifeste seule. L. GALLIARD.

On a condition of the urine met with in phthisis, par W. Hale WHITE (*Brit. med. j.*, *p.* 1076, 21 *mai* 1892).

Hale White attire l'attention sur deux caractères que présentent fréquemment les urines des phtisiques. Le premier est la réaction acide qui persiste fort longtemps, plusieurs mois consécutifs, même quand l'urine est exposée à l'air libre. Il se fait une véritable fermentation acide avec précipitation d'urates et d'acide urique. Le second est la teinte de plus en plus foncée que prennent les urines acides. Au bout de quelques semaines elles deviennent absolument noires, ce qui n'est pas dû à la production de pyrocatéchine, car cette dernière substance ne se développe que dans les urines alcalines. L'auteur croit que ces particularités de l'urine sont dues à l'excrétion dans ce liquide, de produits de sécrétion ou de désintégration des bacilles tuberculeux. H. R.

Sur l'existence d'un urate ammoniaco-magnésien, et de l'inconvénient que présente sa formation dans le dosage de l'acide phosphorique urinaire, par G. GUÉRIN et H. THORION (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, *XXVI*, *p.* 202).

Lorsqu'on ajoute un excès de mixture magnésienne à la solution d'un urate et qu'on abandonne le mélange au repos, la liqueur se trouble et laisse déposer un urate ammoniaco-magnésien, sous la forme d'un précipité blanc, formé d'aiguilles microscopiques groupées en sphères, insolubles dans l'eau comme le phosphate ammoniaco-magnésien, et légèrement solubles comme ce dernier dans l'eau ammoniacale.

Dans le dosage de l'acide phosphorique urinaire à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien, le précipité entraîne la totalité de l'acide urique; il en résulte que, lors de la calcination du précipité, le pyrophosphate magnésien est toujours souillé d'une quantité de magnésie proportionnelle à la quantité d'acide urique contenu dans l'urine. On évitera cette cause d'erreur en redissolvant le pyrophosphate dans l'acide chlorhydrique étendu, faisant bouillir, et précipitant une seconde fois, après refroidissement, par la mixture magnésienne. AD. F.

I. — Neue Methode für die mikroskopische Untersuchung... (Nouvelle méthode pour l'examen microscopique de l'urine et d'autres sécrétions), par Th. STENBECK (*Zeits. für klin. Medicin, XX, p.* 456-475).

II. — Ueber den Werth der Centrifuge für die Harnuntersuchung, par Albert ALBU (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 531, 30 *mai* 1892).

I. — Cette méthode a pour principe la force centrifuge et pour moyen un appareil spécial ayant pour but de transporter et de réunir sur un point donné les particules solides qui se trouvent dans le liquide d'examen (urine, exsudat pleurétique, etc).

Elle a rendu, en ce qui concerne l'urine, des services : 1° pour l'examen des urines de néphrites chroniques où les éléments figurés caractéris-

tiques sont souvent rares ; 2° pour la recherche des diverses bactéries et en particulier du bacille tuberculeux ; 3° pour l'examen des urates et des oxalates ; 4° pour la recherche de l'hémoglobine.

Elle a également facilité l'examen de liquides d'ascite, de pleurésie, et de crachats.

II. — L'appareil centrifuge ne sépare pas la totalité des microorganismes contenus dans l'urine. Le liquide qui surnage le sédiment reste toujours un peu trouble et renferme des microbes, même dans sa couche la plus superficielle, alors que le même bouillon tenant en suspension la culture de streptocoques, se clarifie à la longue complètement, lorsqu'on l'abandonne à lui-même dans un tube à expérience.

L'appareil centrifuge ne sépare pas non plus toute l'albumine.

En résumé, la centrifugation des urines est une précieuse acquisition pour ce qui concerne l'examen clinique, parce qu'elle abrège beaucoup le temps nécessaire à leur sédimentation et permet ainsi de se rendre compte de la nature des sédiments non encore altérés, mais elle ne constitue pas un grand progrès pour le diagnostic. J. B.

On the lacto-globulin, par R. HEWLETT (*Proceedings of the Physiological Society, mars* 1892).

Le lait est saturé par le chlorure de sodium. Une nouvelle saturation avec le sulfate de magnésie fournit un précipité ; et inversement. Le précipité est redissous, dialysé. Une solution de lacto-albumine est obtenue en saturant par le sulfate d'ammoniaque le filtrat final résultant de la saturation par le chlorure de sodium et ensuite le sulfate de magnésie. Cette lacto-albumine est partiellement précipitée par la dialyse.

DASTRE.

The changes... (Changements produits dans la caséine par l'action des extraits pancréatiques et du lab), par Sydney EDKINS (*The Journal of Physiology, XII, p.* 193).

Il y a dans les extraits de pancréas un ferment qui modifie la caséine et qui la rend coagulable sous certaines conditions. Ce ferment peut être différencié du ferment protéolytique : il est comparable au ferment lab du suc gastrique. Avec les extraits pancréatiques actifs, le ferment protéolytique a une action si énergique que la caséine modifiée ne subsiste que peu de temps avant d'être digérée. L'addition de sels neutres détermine la coagulation du lait soumis aux extraits pancréatiques, qui ne se produirait pas sans cela. Cet effet ne peut être attribué à une action retardatrice des sels sur l'action protéolytique. Le changement invisible à l'œil nu produit pas le suc pancréatique dans le lait, peut être rendu évident par l'application de la chaleur, par l'addition d'une égale quantité de chlorure de sodium, par l'addition de quantités déterminées d'acide. Les mêmes transformations s'observent dans le lait traité par des quantités minimes de présure, de manière à ne point produire de coagulation actuelle. Cette caséine transformée ou métacaséine (Roberts) peut être séparée par addition de chlorure de sodium et purifiée. Une solution de cette métacaséine ne coagule pas sous l'action du fermen lab. Le protéide du petit-lait apparaît probablement en même temps que la métacaséine. Cette métacaséine est très voisine de la tyréine. DASTRE.

Sur les processus de putréfaction intestinale dans la fièvre typhoïde, et sur la désinfection intestinale, par P. ALBERTONI (*Archivio ital. di clin. medica, fasc. III, p.* 332, 1892).

On a constaté que l'élimination de l'acide sulfurique combiné augmente dans les maladies du tube intestinal s'accompagnant de rétention du contenu de l'intestin.

Le chiffre exprimant le rapport de l'acide sulfurique combiné avec celui de l'acide sulfurique total, chez les personnes bien portantes, varie sensiblement suivant les individus : Albertoni, dans deux expériences faites sur lui-même a trouvé 1,23 et 1,19.

Partant de cette donnée, il a cherché quelle modification subissaient les quantités respectives d'acide sulfurique combiné et d'acide sulfurique total, dans la fièvre typhoïde, et quelle influence exerçaient sur l'élimination de ces corps certains médicaments antiseptiques.

L'élimination de l'acide sulfurique combiné, considérée dans le sens absolu, ne serait pas augmentée. Il faut cependant la considérer comme telle, si l'on tient compte de la réduction de la quantité des aliments. Tandis que Biernacki et Hoppe-Seyler ont trouvé les chiffres de 0,1222 et 0,175-0,268, comme exprimant la quantité d'acide sulfurique combiné, dans les cas d'alimentation légère, Albertoni a trouvé les chiffres suivants :

Expér. I. — 0,2099 (période fébrile; 0,3979 et 0,118 — 0,172 (convalescence).

Expér. III. — 0,1744 — 0,3509 (période fébrile) — 0,1148 (apyrexie).

Expér. IV. — 0,1407 — 0,4417.

Expér. VI. — 0211 — 0,31.

L'élimination de l'acide sulfurique total est manifestement accrue. Prenant pour criterium le chiffre de 1,253 trouvé par Biernacki (alimentation légère), Albertoni a toujours obtenu un chiffre plus élevé.

En ce qui concerne l'influence des médicaments, il a constaté que le calomel donné à la dose de 0,20, répétée cinq fois dans la journée ne modifie pas la quantité des éthers sulfuriques éliminés par les urines; ce qui concorde avec les observations de Fürbringer et de Biernacki sur l'action faiblement désinfectante du calomel.

Albertoni a recherché d'autre part si l'usage des lavages de l'intestin (entéroclysme) avec certaines substances (acide borique à 2 0/0, tannin, etc.) amenait une diminution des produits aromatiques.

Il n'a pu constater cette diminution. G. LYON.

Zur Frage über das quantitative Verhalten der Schwefelsäure... (Variations de l'acide sulfurique et des éthers sulfuriques de l'urine dans les diarrhées), par S. T. BARTOSCHEWITSCH (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XVII, p.* 35-63).

Les quantités absolues de l'acide sulfurique libre (à l'état de sulfates) et de l'acide sulfurique combiné (à l'état de phénols-sulfates) diminue pendant la diarrhée; le rapport de la première quantité à la seconde augmente.

L'énoncé précédent s'applique encore dans le cas de diarrhée provoquée par le calomel; l'huile de ricin, au contraire, augmente la quantité de l'acide sulfurique combiné, et diminue par suite le rapport de l'acide

libre à l'acide combiné. Il y a donc lieu d'établir une distinction entre les purgatifs qui désinfectent l'intestin et ceux qui n'exercent pas cette action.

Les variations du rapport de l'acide sulfurique libre à l'acide sulfurique combiné n'ont pas d'importance diagnostique. AD. F.

Vorkommen von Myristinsäure in der Rindergalle (Présence de l'acide myristique dans la bile de bœuf), par **LASSAR-COHN** (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XVII*, *p.* 67-78).

La préparation de l'acide cholalique par le procédé de Mylins consiste à faire bouillir la bile pendant vingt-quatre heures avec de la soude, à saturer par l'acide carbonique, évaporer à sec, reprendre par l'alcool, étendre la solution alcoolique de 4 parties d'eau et précipiter par le chlorure de baryum : le cholalate de baryum reste seul en solution, tandis que les autres acides de la bile sont précipités.

L'auteur a réuni les précipités barytiques provenant du traitement de 100 litres de bile ; il les a transformés en sels sodiques, puis a soumis la solution ainsi obtenue à des précipitations fractionnées par les sels de magnésium. Il a pu ainsi caractériser les acides palmitique, stéarique et myristique. AD. F.

Ueber den Nachweis von kleinen Mengen von Gallenfarbstoff im Blut (Recherche de petites quantités de matière colorante biliaire dans le sang), par von **JAKSCH** (*Centralbl. f. klin. Med.* 1891, *n°* 28, *Beilage*, *p.* 67, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 549, 1er *juin* 1891).

On prélève le sang par une ventouse, on le laisse se coaguler spontanément et l'on en retire le sérum à l'aide d'une pipette. On filtre le sérum sur l'amiante, on le fait durcir à 70 ou 80°. En présence de la matière colorante de la bile, le sérum, de jaunâtre, devient d'un vert gazon intense, après qu'il a été chauffé plusieurs fois à 50 ou 60 degrés.

En réponse à une question de Quincke, von Jaksch déclare que la sérosité d'une ampoule de vésicatoire suffit très rarement pour déceler, par les méthodes usuelles, la matière colorante biliaire ; la méthode qu'il préconise est beaucoup plus sensible et applicable à d'infimes quantités de sang. J. B.

Ueber den Einfluss von Säure und Alkali auf defibrinirtes Blut (Influence des acides et des alcalis sur le sang défibriné), par **H. J. HAMBURGER** (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, *p.* 513, 1892).

Il se produit sous l'influence des acides et des alcalis un échange entre éléments constituants des globules et du sérum. En dépit de cette modification, l'avidité pour l'eau du sérum et celle des globules reste invariable. Les alcalis et les acides produisent donc seulement un changement dans la perméabilité des globules rouges. Ceux-ci, en ce qui concerne le départ de leur matière colorante, obéissent aux lois des coéfficients isotoniques. Ces lois ne sont nullement influencées par les variations de la perméabilité. Les acides et les alcalis agissent sur la perméabilite en sens inverse. On s'en assure en comparant les concentrations des solutions salines, neutres, acides ou alcalines, dans lesquelles

les hématies perdent leur matière colorante. On s'en assure encore en constatant le sens des échanges entre les globules rouges et le sérum; sous l'influence des acides, les globules cèdent au sérum surtout des albuminoïdes et lui empruntent des chlorures et des phosphates. L'action que l'acide carbonique exerce sur la perméabilité des globules n'est pas spécifique : elle appartient également aux autres acides. L'action des alcalis sur le sang est complètement abolie par l'addition d'une quantité équivalente d'acide et, inversement. La sensibilité des hématies pour les alcalis et les acides est très grande. Le changement de perméabilité ne s'observe plus lorsque la dilution est supérieure à 1 de potasse caustique pour 12,900 de sang, ou de 1 d'acide chlorhydrique pour 40,000 de sang. L'alcali préserve les globules de l'action des sels de la bile, de la bile elle-même, et du chlorure d'ammonium, en tant au moins que ces substances possèdent le pouvoir de faire sortir l'hémoglobine des globules. Bien que ces résultats n'aient été obtenus qu'avec le sang défibriné, on peut admettre qu'ils sont valables par le sang circulant, puisque la constatation a été faite, en ce qui concerne l'acide carbonique. DASTRE.

Sur le poids moléculaire des peptones, par G. CIAMICIAN et C. ZANETTI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 371, 1892, *et Atti della R. Accademia dei Lincei, fasc.* 8, 1892).

Sabanejew et Alexandrow ont récemment déterminé au moyen de la méthode cryoscopique de Raoult le poids moléculaire de l'albumine en solution aqueuse. Ils ont trouvé le nombre 14,200. Les auteurs italiens purifient la peptone commerciale de E. Merck, par l'acide acétique et le ferrocyanure, puis par les traitements alternants à l'alcool et à l'eau. Ils ont trouvé pour les peptones d'albumine, des poids moléculaires variables avec la concentration de la solution et son origine, mais cependant très petits par rapport à l'albumine (555 à 317). C. Paal a trouvé le poids moléculaire de la gélatine-peptone de 300 moyenne entre les extrêmes 524-278, tandis que la gélatine a un poids de 900-1000. Les peptones seraient donc des substances relativement simples : il est vraisemblable qu'elles dérivent des albuminoïdes par scission hydrolytique. DASTRE.

Ueber Farbenreactionen des Mundspeichels, par Julius ROSENTHAL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 15, *p.* 353, 11 *avril* 1892).

Rosenbach a signalé (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1891, n° 8) certaines réactions colorées que la salive buccale présente lorsqu'on la traite par des acides minéraux. Rosenthal a repris ces expériences qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Toute salive qu'on fait bouillir avec de l'acide nitrique et à laquelle on ajoute ensuite un alcali, donne une réaction colorée en jaune, très semblable à celle de la xanthoprotéine, et vraisemblablement identique.

2° L'intensité de la réaction dépend de la teneur de la salive en albumine ; elle est le plus intense quelques heures après le repas ; elle a une intensité moyenne quand l'estomac est à jeun, et est le plus faible immédiatement après les repas et chez les individus cachectiques ou plongés dans le marasme.

3° Dans certains cas, la salive donne une réaction rose quand on la traite par l'acide chlorhydrique et une réaction rouge violet quand on la traite par l'acide nitrique.

4° Chez les individus sains, il est impossible d'obtenir cette dernière réaction, sans une forte excitation des glandes salivaires, telle que celle que déterminent le tabac, les épices, la pilocarpine, etc. En revanche, elle se produit d'une façon spontanée, très nette, dans les cancers de l'estomac et les néphrites. On ne l'obtient d'autre part jamais dans les maladies aiguës (grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu), ni dans la phtisie, ni dans le rhumatisme articulaire chronique, ni dans le marasme sénile, ni dans la maladie d'Addison, ni dans les maladies du foie, non plus que dans celles de l'utérus. Elle n'est pas liée à la présence dans l'urine d'acétone ou d'acide acétoacétique; elle se produit alors même que la salive ne renferme pas de sulfocyanure de potassium. La même salive qui, traitée par l'acide nitrique, donne une belle coloration jaune, peut, avec l'acide chlorhydrique, donner une belle réaction rouge ; donc la première réaction n'exclut pas la seconde.

Il est présumable, comme l'a déjà indiqué Rosenbach, que ce chromogène salivaire est semblable au chromogène urinaire qui donne la réaction rouge vineux de Rosenbach (*R. S. M.*, XXXVIII, 449). J. B.

Deposits of iron... (Dépôts de fer dans le foie et les reins, et remarques sur la détermination du fer dans les tissus), par Sheridan DELÉPINE (*Proceedings of the Physiological Society, London, mai* 1891).

Pour déceler le fer dans les tissus, on modifie le procédé de Tizzoni de la manière suivante: 1° on place le tissu dans la solution de ferrocyanure de potassium à 5 ou 10 0/0; 2° on lave pour enlever l'excès de ferrocyanure: 3° on place dans une grande quantité d'acide chlorhydrique faible (1/2 à 1 0/0) pendant un temps suffisant.

La recherche du fer se fera dans les meilleures conditions en conservant le tissu dans un mélange de deux parties d'alcool et d'une partie de glycérine, pendant 12 à 24 heures. L'hémoglobine et ses dérivés ne troublent pas alors la réaction. Le fer est uni aux tissus dans des combinaisons organiques souvent fort différentes, ce qui peut conduire à des erreurs quantitatives si l'on ne pratique pas l'examen avec toutes précautions. DASTRE.

Ueber die chemische Zusammensetzung des Knorpels (De la composition chimique du cartilage), par C. SCHMIEDEBERG (*Arch. f. exper. Pathol. und Pharmakol., XXVIII, p.* 355).

Schmiedeberg a retiré du cartilage du nez et étudié la chondroïtine ($C^{18}H^{27}AzO^{14}$) ou plutôt son acide sulfoné ($C^{18}H^{27}AzSO^{17}$).

La chondrine des auteurs ne serait qu'un mélange de sels de cet acide sulfoné avec diverses matières albuminoïdes.

L'auteur a pu dédoubler sa chondroïtine en chondrosine et acide acétique.

La chondrosine réduit la liqueur de Fehling (possède, par conséquent, une fonction aldéhydique) tandis que son générateur, la chondroïtine ne la réduit pas.

Avec la baryte, à l'ébullition, cette chondrosine se dédouble en fournissant de l'acide glycuronique ($C^6H^{10}O^7$) et les éléments de la glycosamine ($C^6H^{13}AzO^5$).

D'après cela la chondrosine serait constituée suivant le schéma :

Acide glycuronique + glycosamine — H^2O = chondrosine.

Enfin le schéma constitutionnel de la chondroïtine serait :

Chondrosine + acide acétique (3 moléc.) — $3H^2O$ = chondroïtine.

WINTER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber Parasitismus bei Carcinomen... (Parasitisme dans les carcinomes et description de quelques sporozoaires parasites dans les cancers), par PODWYSSOZKI jeune et SAWTSCHENKO (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, nos 16, 17 *et* 18).

Les auteurs décrivent dans les cancers deux formes de sporozoaires. Les unes sont petites, enkystées dans les cellules, ils les regardent comme des formes embryonnaires ; les autres sont grosses et constituent de véritables colonies d'individus adultes. Celles-ci siègent tantôt dans les cellules, tantôt dans les espaces intercellulaires dilatés. Ces parasites se rencontrent d'autant plus abondamment que la tumeur est plus molle et partant plus maligne. Cependant la constatation nette de ces parasites ne suffit pas à prouver leur valeur pathogénique du cancer. Il est cependant probable qu'ils ne sont pas complètement inactifs et qu'ils aident par une action de symbiose ou de commensalisme l'action des cellules épithéliales.

C. LUZET.

I. — Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen in den Krebsgeschwülsten (Nouvelles recherches sur les sporozoaires parasites des tumeurs cancéreuses), par J. SAWTSCHENKO (*Centralbl. f. Bakter.*, *XII*, 1, *p.* 17).

II. — Ueber die Krebsparasiten (Sur les parasites du cancer), par P. FOA (*Ibidem*, *XII*, 6, *p.* 185).

I. — Sawtschenko a étudié dans les cancers des formes parasitaires dont il s'efforce de saisir la filiation.

Le protoplasma des cellules cancéreuses se creuse de vacuoles sphériques en nombre et de volume très variables. Ces vacuoles peuvent être vides ou contenir des granulations dues probablement à la coagulation, par les réactifs durcissants, de matières albumineuses.

D'habitude, on trouve dans ces vacuoles des corpuscules arrondis, ovoïdes, irréguliers, munis de pseudopodes, ou le plus souvent incurvés par le milieu et rappelant l'aspect des larves de grenouille. Les plus petits de ces corpuscules sont homogènes ; les plus gros sont munis dans leur partie la plus épaisse, d'un noyau plus coloré. Il peut y avoir dans chaque vacuole un ou plusieurs de ces germes ; deux germes sem-

blables peuvent avoir une enveloppe commune et n'être séparés que par une mince cloison. Ces germes inclus dans les vacuoles peuvent enfin être de grosseurs différentes.

La capsule de la vacuole s'épaissit, et à sa périphérie se montrent des corpuscules sphériques réfringents, avec nucléole central, ou simplement des prolongements dentelés qui plus tard donneront des corpuscules sphériques.

A ce moment, la capsule disparaît, et ces corpuscules libres dans le protoplasma de la cellule cancéreuse donneront, en se développant, les parasites adultes : le protoplasma cellulaire refoulé par ces parasites s'hypertrophie, et les parasites finissent par sortir de la cellule cancéreuse et gagner les cellules voisines.

Après avoir examiné quelques formes plus rares de ces parasites, consistant surtout en formes différentes des noyaux, l'auteur conclut qu'il s'agit bien là de sporozoaires qui sont vraisemblablement la cause du cancer, et qui se forment dans le protaplasma, mais jamais ne naissent dans le noyau des cellules cancéreuses. Il semble probable que ces parasites doivent varier suivant les différentes espèces de cancer, ce qui expliquerait la divergence des descriptions que les différents auteurs ont données de ces parasites du cancer.

II. — Sur 70 cancers, P. Foà n'a trouvé que 4 fois des parasites, encore ne les a-t-il trouvés que sur quelques coupes et seulement en certains points de celles-ci.

Foà décrit dans l'ordre probable de leur développement les diverses formes de parasites qu'il a ainsi observés.

Ce sont d'abord des corpuscules très ténus inclus dans le protoplasma cellulaire; quelques-uns ont la forme des coccidies.

Ces corpuscules deviennent des corps ronds ou ovoïdes pourvus d'un corpuscule central, sorte de noyau renfermant parfois des points plus sombres ressemblant à des nucléoles, et émettant des prolongements radiés qui n'atteignent pas la périphérie. Dans certains cas au contraire, ces rayons partent de la capsule et convergent vers le point central sans l'atteindre.

On peut alors observer un début de segmentation irrégulière du protoplasma qui prend l'aspect d'une pâquerette.

On voit parfois ces corps pourvus d'une enveloppe réticulée; entre la capsule et le noyau se montre alors une zone claire d'apparence vésiculeuse. D'autres corps ne sont que peu ou pas colorés, aussi pourrait-on douter de leur nature parasitaire : ce sont vraisemblablement des formes de régression, d'involution.

Dans quelques cas, ces corps intracellulaires sont granuleux; ils contiennent 1 ou 2 gros amas de granulations, et un noyau central ou latéral également granuleux; leur périphérie peut être striée ou granuleuse. Chez quelques-uns le noyau central envoie des prolongements vers la périphérie.

Toutes ces formes sont bien des parasites qu'il est très facile de distinguer des noyaux et des leucocytes. Ils ne viennent pas de l'extérieur, car l'auteur les a trouvés dans des cancers non ulcérés. Ce ne sont vraisemblablement pas des parasites différents, mais diverses phases

d'un même parasite, car on les retrouve dans une même coupe, et on peut saisir leur filiation. On peut enfin les trouver dans diverses formes de cancer. MOSNY.

Preliminary note on some parasitic protozoa found in cancerous tumours, par Armand RUFFER et Herbert WALKER (*Brit. med. j.*, *p.* 113, 16 *juillet* 1892).

Ruffer et Walker décrivent des protozoaires parasites dans les cellules cancéreuses. On les découvre assez facilement à cause de leurs affinités pour les couleurs d'aniline, sur des pièces durcies dans l'alcool absolu ou le liquide de Müller. Ils consistent dans un noyau central d'où rayonnent des traînées protoplasmiques qui se confondent avec la paroi cellulaire et qui dessinent une sorte d'anneau. Plusieurs parasites sont parfois contenus dans une seule cellule qui devient kystique. Ces particularités s'observent uniquement dans les cellules épithéliales cancéreuses : les préparations de l'auteur ont été contrôlées par Metchnikoff.

H. R.

Ueber Entstehung und Bedeutung der kleinzelligen Infiltration bei Carcinomen (Sur l'origine et la signification des petites cellules du carcinome), par Wilh. HEIDEMANN (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIX*, 1).

Heidemann rapporte avec détails l'examen microscopique de sept cas de carcinome à localisations variées.

Le processus initial de la formation des carcinomes est une prolifération des cellules épithéliales : celles-ci donnent naissance par division karyokinétique, à des bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans les mailles du tissu conjonctif. Ce dernier subit une irritation consécutive, de sorte que la substance fibrillaire se transforme en une masse cellulaire.

Voici comment se produit ensuite l'*infiltration: les petites cellules* dérivent soit des cellules conjonctives fixes, soit des éléments qui limitent les fentes lymphatiques, soit des cellules dormantes contenues dans les faisceaux conjonctifs.

Les petites cellules dont les carcinomes sont infiltrés ont donc une origine multiple, mais la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif n'y prend qu'une faible part. D'un autre côté, les microbes parasitaires n'ont rien à voir dans l'irritation du tissu conjonctif. ÉD. RETTERER.

Ueber granuläre Einschlüsse in den Geschwulstzellen (Les enclaves granulaires dans les cellules des tumeurs), par J. RAUM (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXIX*, 1, *p.* 137).

L'auteur constate dans les éléments de diverses tumeurs (carcinome et adénosarcome de la mamelle, sarcome du cou) l'existence des *granula* fuchsinophiles d'Altmann. Il les trouve plongés dans une masse fondamentale homogène, agencés en petits groupes, ou en chaînes rappelant des streptocoques. En certains cas ils sont mélangés à des grains de graisse de même taille ou plus gros qu'eux, qui sont probablement le produit de leur transformation. Raum se borne à attirer l'attention sur ces faits sans vouloir en tirer aucune conclusion.

A. NICOLAS.

Ueber eosinophile Zellen und Mastzellen im Blute, par P. CANON (*Deutsch med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 206, 1892).

L'auteur s'est servi de la solution de Plehn (solution aqueuse de bleu de méthylène, 40 grammes; solution d'éosine, 20 grammes; eau distillée, 20 grammes).

Il a fait la numération des cellules éosinophiles dans le sang de 39 sujets sains : 27 adultes, 6 vieillards, 6 enfants. La proportion de ces éléments a été une moyenne de 2 0/0 leucocytes chez les adultes. Chez les vieillards, le rapport a été de 2,09 0/0. Chez les enfants, le chiffre a varié de 1,06 à 14,7 0/0.

Chez 58 malades, la recherche des cellules éosinophiles a fourni des résultats qui se distinguent de ceux des sujets sains. Nombre faible chez des carcinomateux, 1,35 0/0. Chez une anémique, 0,32 0/0. 7 malades atteints de septicémie n'avaient que 0,23 0/0. Cette catégorie de malades avait du reste une multiplication de globules blancs, spécialement des globules polynucléaires. Le chiffre le plus bas 0,2 0/0 a été fourni par les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, malaria, influenza grave.

Au contraire, dans les maladies de la peau, la proportion des cellules éosinophiles a augmenté, spécialement dans les cas graves où le chiffre le plus élevé a été de 17 0/0. Dans 13 cas de dermatoses légères, la proportion moyenne était de 3,72 0/0.

Les « mastzellen » ont été comptées chez 81 sujets (sur les 97 dont l'auteur a dénombré des cellules éosinophiles). Chez 9 adultes sains, elles ont fait défaut; chez 13, leur proportion a varié de 0,47 à 0,89 0/0 leucocytes. Chez 5 enfants, le chiffre moyen a été de 0,88 0/0. Chez un certain nombre de malades et même de carcinomateux, le chiffre s'est rapproché de celui des sujets sains. Dans 20 cas de dermatoses diverses la proportion moyenne a été de 0,58 0/0; chez 10 fébricitants, 0,32 0/0. L'état de maladie n'a donc guère d'influence sur la proportion des « mastzellen ».

L. GALLIARD.

Uber zwei seltene u. aus... (Sur deux cas rares de paralysie du cœur, de cause différente), par G. F. CROOKE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 2).

1° Il s'agit d'une endartérite circonscrite à la base de l'aorte et lui formant un anneau complet de tissu malade. Celui-ci consistait en une substance hyaline, parsemée de cellules et de fibres conjonctives. De la tunique interne, la lésion s'étendait dans la tunique moyenne et jusque dans l'adventice. Crooke a pu établir que cette altération vasculaire était d'origine syphilitique.

2° Le 2e cas est une rupture spontanée du cœur. A l'autopsie, Crooke trouva l'aorte fortement dilatée et ses parois très amincies. Celles-ci avaient perdu leur élasticité ; elles étaient si fragiles qu'une faible pression suffisait pour les rompre. Le fait remarquable consistait dans l'absence de tout processus, indiquant soit une inflammation, soit une dégénération des parois de l'aorte.

ÉD. RETTERER.

Sulle cosidette cellule da vizio cardiaco, ricerche anatomiche e cliniche, par F. de GRAZIA (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e naturalisti*, *2e année*, *3e livraison*, *p.* 292).

Les *Herzfehlerzellen* trouvées par Hoffmann dans les crachats des

cardiaques ne proviennent pas de modifications des leucocytes comme le pensent Strümpell et Lehnhartz : l'expérimentation chez les animaux et l'étude des poumons chez l'homme dans certains états morbides permettent de suivre successivement la transformation trouble, le détachement et la chute des épithéliums alvéolaires dans la cavité des alvéoles. Le pigment contenu dans ces cellules contient du fer, il est différent de l'hématoïdine, il a été désigné sous le nom d'hémosidérine par Neumann; on retrouve ce pigment dans les cellules alvéolaires des poumons des lapins, auxquels on injecte du sang dans les voies respiratoires; dans ces expériences, le pigment apparaît le 2e jour de l'injection et n'est plus visible au 30e jour; il provient à la fois de l'hémoglobine encore contenue dans les globules rouges et de l'hémoglobine dissoute.

Les cellules de Hoffmann sont le premier signe de l'insuffisance cardiaque; leur apparition est due à ce que le poumon, en raison de ses relations très étroites avec le cœur, ressent les premiers troubles circulatoires : on les observe avant la tuméfaction du foie, avant l'œdème des membres inférieurs; elles sont l'indice de l'induration brune du poumon. GEORGES THIBIERGE.

Dégénérescence kystique des fibres musculaires du cœur, par Arthur MEIGS (*Amer. j. of the med. sc.*, p. 513, *mai* 1892).

La première fois que l'auteur découvrit cette altération c'était sur un homme ayant dépassé l'âge moyen, qui mourut avec une insuffisance aortique. Il n'avait eu ni rhumatisme ni syphilis. Le cœur était hypertrophié. Les reins plus gros que normalement.

Il est impossible de donner une description clinique de l'affection qui n'a encore été constatée qu'au microscope. Les fibres musculaires dans le degré le plus accentué, ont perdu presque toute la substance musculaire du centre de la fibre; on ne retrouve plus aucun des caractères de la fibre musculaire sauf sur les bords et aux extrémités. Dans quelques fibres on peut voir le noyau seul, isolé, dans la vacuole formée par la destruction de la substance musculaire. Il faut croire que ces vides n'existent pas pendant la vie, et qu'ils contiennent du liquide. L'auteur a montré l'existence de capillaires dans les fibres du cœur. Dans les cas de sclérose du cœur il est à remarquer que les vacuoles occupent exclusivement les portions de l'organe non atteintes de sclérose.

Il est probables que ces kystes sont par rétention, et se produisent comme les kystes du rein. Un capillaire peut s'oblitérer en deux points, les parties entre les deux se dilatent, et un kyste se trouve formé. Il est cependant possible que la vacuolisation soit le résultat de faux kystes formés par un épanchement sanguin dans la substance musculaire (hématocèle) ou par la dégénérescence ou la destruction du muscle lui-même. L'auteur penche vers l'opinion que ce sont des kystes par rétention. Quelques-uns présentent des festons, des cloisons incomplètes faisant saillie dans la cavité.

En somme il semble établi que ces petites cavités dans les fibres lisses du cœur sont de vrais kystes par rétention, ayant leur origine dans les capillaires des fibres. Cette altération, que l'auteur a appelée dégénérescence kystique est très commune et a été trouvée dans nombre d'affections diverses. F. VERCHÈRE.

Verhalten des linken Ventrikels bei der Fehlern der Mitralklappe (État du ventricule gauche dans les lésions de la valvule mitrale), par DUNBAR (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLIX, p.* 271, 1892).

D'après l'observation clinique, l'examen cadavérique et l'étude des conditions mécaniques, l'insuffisance mitrale détermine dans le cœur gauche une dilatation avec hypertrophie. Le degré de l'hypertrophie n'atteint pas celui qu'elle a dans l'insuffisance aortique. Cependant on trouve assez souvent la cloison repoussée à droite vis-à-vis de l'orifice mitral. La compensation cesse au moment où le ventricule gauche n'est plus capable de suffire à l'augmentation de la quantité de sang. En conséquence, on trouve souvent à l'autopsie l'hypertrophie masquée par la dilatation. Dans le rétrécissement mitral compensé, le ventricule gauche ne s'hypertrophie pas, mais reste en retard dans son développement, jusqu'aux formes les plus accentuées de l'atrophie concentrique. Si on ne retrouve pas cet état, c'est toujours parce qu'il existe des complications. La forme de la matité ne peut permettre de reconnaître la part revenant au ventricule droit ou au gauche, et ne peut dans quelques cas particuliers servir à un diagnostic différentiel. C. LUZET.

Ueber die Fragmentation des Myocardium, par Al. TEDESCHI (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVIII,* 2).

Tedeschi examina 400 sujets environ, présentant le myocarde à l'état de fragmentation. Dans sept cas de mort subite, il constata six fois la fragmentation du cœur. Cette lésion est surtout fréquente dans les maladies infectieuses et dans les affections aiguës et chroniques du système nerveux central. Ces maladies semblent amener la production de substances capables d'altérer le cément intercellulaire du myocarde.

Cet état des fibres cardiaques n'est ni un phénomène cadavérique, ni le résultat des réactifs fixateurs. La fragmentation consiste dans une altération du ciment intercellulaire. Elle est caractérisée par la présence d'une substance intercellulaire incolore et transparente, qui s'interpose entre les extrémités des cellules qui forment les colonnes charnues du myocarde. A l'œil nu, la musculature du cœur paraît de couleur jaunâtre, d'aspect trouble ; elle est molle et plus facile à déchirer. Cet état est surtout très prononcé dans les muscles papillaires du ventricule gauche.

Tedeschi essaya de provoquer la fragmentation sur 40 animaux environ (lapin, souris, rat, etc.): 1° à l'aide du thermo-cautère ; 2° par la section du nerf vague ; 3° par des lésions du système nerveux central ; 4° par des injections de cultures microbiennes.

A la suite de ces expériences, Tedeschi n'observa pas de fragmentation s'étendant sur tout le myocarde ; il ne vit que des foyers limités de fragmentation. Les résultats les plus nets furent constatés après la section du nerf vague. ÉD. RETTERER.

Ueber tuberculöse Mediastino-Pericarditis und Tuberculose des Herzfleisches (Myocarde), par CLŒSSEN (*Deustche med. Woch., n°* 8, *p.* 161, 1892).

A l'autopsie d'un sujet de 17 ans, qui avait offert les signes de l'asystolie d'origine cardiaque, l'auteur a constaté ceci :

Le tissu conjonctif du médiastin, extrêmement épaissi, était adhérent à la face postérieure du sternum. Le poumon droit offrait des adhérences très intimes avec le tissu du médiastin ; il en était de même pour le poumon gauche. La plèvre gauche ne pouvait être détachée du péricarde. Le revêtement pleural du lobe inférieur gauche étail semé de granulations submiliaires. On trouvait des granulations submiliaires et des nodules lenticulaires caséifiés dans l'épaisseur du péricarde. La symphyse cardiaque était complète.

En ouvrant l'oreillette droite, on constatait une tumeur grosse comme un œuf de poule, à surface lisse, jaunâtre, provenant de la paroi antérieure et faisant saillie dans la cavité auriculaire. Elle atteignait en haut l'embouchure de la veine cave supérieure, de telle sorte que cette embouchure était réduite à l'état de fente étroite. Cette tumeur, peu vasculaire, contenait des cilles tuberculeux.

Dans la paroi du ventricule droit existaient plusieurs foyers caséeux; on les retrouvait en plus grand nombre dans celle du ventricule gauche, au voisinage de la cloison interventriculaire.

Les valvules étaient saines. On ne trouvait pas de tubercules dans l'endocarde.

Les tumeurs n'existaient que dans le médiastin, le péricarde, le myocarde, et la partie de la plèvre signalée plus haut. On n'en découvrait pas dans le parenchyme pulmonaire.

Il n'y avait qu'un seul ganglion bronchique caséifié. Quelques ganglions mésentériques étaient infiltrés ou ramollis. Rien dans la rate, le foie, les reins, l'intestin. L. GALLIARD.

Beitrag zur Kenntniss der Granulations der weinen Blutkörperchen (Considérations sur les granulations des globules blancs du sang), par W. JANOWSKI (*Centralbl. f. path. Anat. u. allg. Path.*, n° 11, 15 *juin* 1892).

Au début de la blennorragie presque tous les leucocytes du pus sont des cellules éosinophiles, elles deviennent ensuite plus rares, quoique encore fort nombreuses.

Dans les leucocytoses la présence de nombreuses cellules éosinophiles permet le diagnostic de leucémie; l'inverse n'est pas vrai.

Il est possible de reconnaître les cellules éosinophiles sans coloration: les granulations sont volumineuses, brillantes, nettement limitées, le protoplasma qui le sépare n'est pas visible. Les manipulations pour la préparation suffisent à altérer, dans un certain nombre de cellules, la forme et la disposition des granulations, d'où l'aspect variable de ces cellules. Voici une bonne technique : sécher à 110-120°, laisser trois à cinq minutes dans la solution d'éosine à 1/2 0/0 dans 70 0/0 d'alcool, laver à l'eau; plonger dix à trente secondes (pus), une à deux minutes (sang) dans la solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène dilué avec partie égale d'eau et laver de nouveau à l'eau.

Presque toutes les cellules éosinophiles ont deux noyaux, quelquefois trois ou quatre, très exceptionnellement un seul. PAUL TISSIER.

Beiträge zur Pathologie des Blutes (Contribution à l'étude de la pathologie du sang), par MARAGLIANO (*XIe Congrès de médecine interne*, *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 25, *p.* 24, 1892).

La nécrobiose des globules rouges s'accompagne de modifications de leur forme qui indiquent un pronostic d'autant plus grave qu'elles sont plus accusées ; de plus le protoplasma se décolore, et d'acidophile de-

vient basophile. Ces altérations n'ont rien de pathognomonique et se rencontrent dans diverses maladies. La poikilocytose est la manifestation nécrobiotique la plus accentuée.

De même, la diminution de la vitalité des leucocytes se traduit par des modifications dans leur forme et leur réaction chimique : le protoplasma devient granuleux et contient un ou deux noyaux; ces noyaux prennent la propriété de se colorer, les uns par l'acide osmique, les autres par l'éosine; d'autres, par les matières colorantes acides. Cette dernière réaction témoigne d'une nécrobiose assez avancée.

Il est des cas pathologiques dans lesquels le sérum sanguin détruit les globules rouges, qui, transportés dans un sérum normal, demeurent intacts. Par le fait de cette destruction, l'hémoglobine disparaît, et au spectroscope on trouve les bandes d'absorption de l'hématine, et parfois celles de l'urobiline. Cette propriété du sérum pathologique n'est pas la même que celle décrite par Landois pour le sérum des animaux, ni que celle dite bactéricide. Elle n'est liée ni à la densité, ni à la teneur en albumine du sérum. En pareil cas le chlorure de sodium semble être en moindre quantité, mais ce n'est pas là le seul facteur. Il s'agit d'une action complexe variable d'une maladie à l'autre. LEFLAIVE.

Zur Kenntniss des specifischen Gewichtes des Blutes... (Etude de la densité du sang physiologique et pathologique), par S. SCHOLKOFF (*Diss. Inaug.*, *Berne*, 1891).

La densité du sang est obtenue ainsi : on pèse avec soin un tube de verre capillaire vide, puis plein d'eau, et enfin de sang. On en déduit le poids du sang que l'on divise par celui de l'eau. Cette méthode est rapide et exacte.

La densité du sang chez l'homme sain est généralement proportionnelle à sa teneur en hémoglobine, mais non au nombre des globules; elle est modifiée par les repas, et les oscillations dans un même jour ne dépassent guère deux ou trois millièmes.

La densité du sang est diminuée dans les maladies suivantes : anémie, chlorose, cancer, néphrite, tuberculose fébrile, maladies du cœur avec stase et hydropisie, diabète, ostéomalacie. Les sueurs profuses et les ponctions pleurétiques peuvent accroître la densité du sang. LEFLAIVE.

Die Untersuchung des specifischen Gewichtes des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei Kranken (Recherche de la densité du sang humain; son degré dans les maladies), par Richard SCHMALTZ (*Centralbl. f. klin. Med.*, *n°* 28, *Beilage p.* 75, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 550, 1er *juin* 1891).

La méthode de Fano et Roy pour déterminer le poids spécifique du sang, exige la préparation de nombreuses solutions de densité connue. Schmaltz lui a substitué un procédé plus rapide, à l'aide d'un picnomètre capillaire de la contenance d'un dixième de centimètre cube. Il s'est assuré d'ailleurs de l'exactitude de sa méthode en comparant son instrument avec un grand picnomètre.

Ses recherches ont porté sur vingt individus sains et sur quatre-vingt-quinze malades.

Chez les gens bien portants, la densité du sang est représentée par

un chiffre à peu près constant. Sur soixante pesées pratiquées dans le cours d'un an sur son propre sang, Schmaltz n'a eu que des variations de 0,003 au-dessus et au-dessous de la moyenne = 1,059.

L'ingestion d'aliments, l'absorption de liquides, les mouvements corporels, les bains n'ont qu'une influence insignifiante et fugitive.

Chez les femmes, la densité du sang est, en moyenne, de 0,003 inférieure à celle de l'homme; chez divers individus du même sexe, les différences sont minimes.

La densité du sang est considérablement diminuée dans l'anémie et plus encore dans la chlorose (neuf fois sur vingt-neuf. elle oscillait de 1,030 à 1,039) et dans les cachexies. Le degré de densité du sang suit une marche à peu près parallèle à sa teneur en hémoglobine, tandis qu'il reste très indépendant du nombre des globules rouges. Par des pesées du sang, on peut suivre les progrès des chlorotiques vers la guérison.

D'autre part, la densité du sang peut être normale ou même exagérée, dans certains cas d'affections gastriques graves, de phtisie pulmonaire et de maladies du cœur. Pour l'expliquer, Schmaltz admet que chez les premiers malades, il s'agit d'une diminution de la masse totale du sang résultant de l'inanition, et chez les phtisiques et les cardiaques, d'un ralentissement de la circulation dans les extrémités, d'où stase globulaire (*R. S. M.*, XXXVIII, 445). J. B.

Vacuolation of nerve cell nuclein... in cerebral concussion, par MACPHERSON (*Lancet*, *p.* 1127-1129, 21 *mai* 1892).

Macpherson, dans deux cas de commotion et de contusion cérébrales, a trouvé dans les cellules des régions corticales du cerveau des parties réfringentes nettement limitées occupant les centres des noyaux et qui ne pouvaient être que des vacuoles. Il signale l'importance de cette lésion. PLICQUE.

Ueber Alterbestimmung von Blutungen im Centralnervensystem (Détermination de l'âge des hémorragies dans le système nerveux central), par DÜRCK (*München. med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 635, 1892).

Les globules pâlissent dès le 2e jour, jusqu'à transparence complète et se gonflent; à partir du 5e jour ils commencent à se ratatiner, et le 6e ou 8e jour, ils sont pour la plupart tout à fait irréguliers. Dès le 3e jour commence la phagocytose des globules. Le globule est pris par les phagocytes avec son reste de matière colorante, qui, du 8e au 10e jour, est transformée en grains brillants, qui ne se distinguent plus des autres grains de pigment le 18e jour.

L'hémoglobine libérée se diffuse dans le tissu jusqu'au 6e jour, alors commence sa transformation en hémosidérine, colorable en bleu par le ferrocyanure. D'abord diffusée, celle-ci devient granuleuse à partir du 10e jour et, au 12e, on la trouve dans des cellules contractiles, où elle devient granuleuse. D'abord volumineux, les blocs de pigment se divisent du 18e au 25e jour. Le 18e jour on trouve dans les tissus les premiers grains pigmentaires colorés. Au 25e jour commence une nouvelle transformation, le pigment n'est plus colorable par le ferrocyanure, le 45e jour la résorption du fer est complète. Au 60e jour on ne trouve plus que du

pigment assez fin, exempt de fer, dans les interstices des tissus. En même temps il peut se faire, dans des conditions entièrement inconnues, des cristaux de pigment, aux dépens du pigment amorphe.

C. LUZET.

A physiological, histological and clinical study of the degeneration and regeneration in peripheral nerve fibres after severance of their connections with the nerve centres, par HOWELL et G. HUBER (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p*. 335, 1892).

Après complète séparation d'avec les centres nerveux, l'extrémité périphérique d'un nerf dégénère dans toute son étendue. Les changements se succèdent de la manière suivante : segmentation de la myéline et du cylindraxe aux lignes intersegmentaires; prolifération et migration des noyaux internodaux; fragmentation secondaire et absorption de la myéline et des débris du cylindraxe, plus active dans le voisinage des noyaux; accroissement du protoplasma autour des noyaux formant en fin de compte une bande continue de protoplasma dans l'intérieur de la vieille gaine; formation de la nouvelle gaine à la périphérie de cette bande, et constitution par là de la fibre embryonnaire; union des fibres embryonnaires de l'extrémité périphérique avec celles qui sont semblablement formées dans le bout central, cette union se faisant dans le tissu cicatriciel interposé; formation de myéline dans le bout périphérique, à l'état de gouttes isolées, ordinairement au voisinage des noyaux; union de ces gouttes en tube continu. La formation de la myéline se fait dans le sens centrifuge en partant de la blessure; naissance de nouveaux axes aux dépens des axes anciens des fibres intactes du bout central, ce développement suivant rapidement celui de la myéline; dans le bout central, spécialement lorsque l'union avec le bout périphérique n'a pas eu lieu, quelques fibres nouvelles peuvent se former dans une vieille gaine pour prendre la place de la portion dégénérée. Chacune peut développer de la myéline et recevoir une branche du cylindraxe placé au-dessus.

DASTRE.

Sulle modificazioni che awengono nel midollo spinale degli amputati (Sur les modifications qui surviennent dans la moelle des amputés), par G. B. PELLIZZI (*Rivista sper. di Freniatria*, *XVIII*, *p*. 60).

Après un historique assez étendu l'auteur donne les résultats de ses examens sur un cas d'amputation du bras et un cas d'amputation de la cuisse. Il arrive aux conclusions suivantes: à la suite de l'amputation d'un membre on peut constater une atrophie localisée sur un court trajet au groupe postéro-latéral de la corne antérieure; une atrophie ascendante et descendante du faisceau de Burdach, du stratum limitant latéral, de la corne postérieure et de la colonne de Clarke; une atrophie seulement ascendante dans le faisceau de Goll et dans le cordon antérieur du côté opposé. Il pense qu'il s'agit là d'une atrophie simple. Plus l'individu est jeune et plus est grand le temps écoulé entre l'amputation et la mort, plus les altérations de la moelle surviennent rapidement et plus elles sont prononcées. De ces recherches l'auteur déduit que le groupe cellulaire postéro-latéral de la substance grise médullaire est un centre

sensitif. Une planche représente 16 coupes de moelle provenant des deux cas examinés. PIERRE MARIE.

Tumeur de la dure-mère cranienne ayant les caractères du cylindrome, par DAGONET (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 3).

Chez un homme de 45 ans ayant présenté les signes habituels d'une tumeur cérébrale et de plus des phénomènes d'excitation violente auxquels l'alcoolisme n'était pas étranger, on trouvait à l'autopsie, dans la région temporo-occipitale gauche une tumeur grosse comme une pomme, nettement limitée, molle, gris rosé. Histologiquement, il existait des amas et cordons cellulaires développés autour des vaisseaux et provenant d'une lésion de l'adventice. Ces masses, formant la tumeur même, offraient les caractères du sarcome endothélial. Il existait en différents points, des marques d'une dégénérescence myxomateuse du néoplasme. GIRODE.

Ueber die Rückbild und Entwickelung... (Sur la régression et le développement des fibres musculaires striées), par R. KROESING (*Archiv f. path. Anatom. u. Physiol.*, *CXXVIII*, 3).

Krösing a étudié la fibre musculaire dans les troubles nutritifs et son mode de développement normal.

Dans *l'atrophie musculaire*, on voit dans l'intérieur de la gaine du sarcolemme, apparaître des noyaux ; la substance striée devient homogène et peu à peu il se forme un corps cellulaire autour de chaque noyau. En dernier lieu, la fibre musculaire se résout en une série de cellules fusiformes anastomosées.

Dans la *pseudo-hypertrophie* du muscle, c'est la substances de la fibre musculaire qui se décompose en fibrilles longitudinales et pousse des branches latérales ; d'où la formation de cellules fusiformes myogènes.

Dans la *métamorphose adipeuse* du muscle cardiaque, la myosine elle-même se transforme en graisse. Pendant que les fibres musculaires se chargent de graisse, de nombreux noyaux deviennent visibles dans leur intérieur.

Les fibres musculaires striées, qui sont comprises dans un cal intermusculaire, se décomposent en leurs cellules constituantes. Celles-ci se multiplient et donnent lieu à des éléments capables de former du tissu muqueux, conjonctif ou cartilagineux. D'autres fois, les cellules, qui ont pris naissance aux dépens du tissu musculaire soumis à des troubles nutritifs, se transforment soit en tissu adipeux, soit en substance osseuse, soit en tubercules, soit en pus, etc. En un mot, la myosine retourne à l'état de protoplasma, qui se groupe autour des noyaux pour constituer des cellules formatrices jeunes.

Quant au mode de développement de la fibre musculaire striée, Krösing montre qu'elle résulte d'un complexus de cellules fusiformes. Celle-ci se réunissent et s'accolent pour constituer des fibres minces. La division des noyaux continue à se faire dans les jeunes fibres, d'où résulte l'allongement de la fibre musculaire ; quant à l'apaisement même de celle-ci, il se produit par l'adjonction de nouvelles cellules.

ÉD. RETTERER.

Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration.... (Recherches expérimentales sur la régénération du tissu musculaire strié), par KIRBY (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XI*, *p.* 302, 1892).

La technique employée par Kirby a été la suivante : il met à nu, chez le lapin, les muscles du mollet et y appose une ligature serrée qu'il laisse en place 3 heures, puis il fait la suture de la peau; l'examen est fait après des périodes variables de temps. Une série fut faite sur les muscles innervés normalement, une autre après section du sciatique.

Les résultats varient un peu suivant le degré de la striation, qu'il est difficile d'apprécier. Tout d'abord on note des signes de nécrose soit dans les éléments musculaires seuls, soit à la fois dans eux et dans le tissu conjonctif. Puis des mitoses se montrent dans le tissu conjonctif et les vaisseaux, ensuite dans les fibres musculaires elles-mêmes. Dans le sarcolemme vide ou contenant encore des blocs dégénérés, il se forme des cellules géantes à noyaux mitosiques qui se montrent à partir de la 2e semaine et peuvent se retrouver jusqu'à la 3e, la 4e et même la 5e. Dans ces cellules, la striation se montre pour reconstituer la fibre musculaire et, par suite, le tissu lui-même est reconstitué entièrement. Chose singulière, dans les muscles énervés, le processus dc régénération n'est pas différent de ce qu'il est sur le muscle à innervation normale.

C. LUZET.

Étude sur le processus d'arrêt ou de guérison de la tuberculose, par LOOMIS (*New York med. record*, *p.* 29, 9 *janvier* 1892).

Travail intéressant dont on ne peut donner qu'un aperçu :

1° Sur 763 personnes mortes de toute autre affection que la phtisie, 71, c'est-à-dire 9 0/0, ont eu une tuberculose dont elles ont guéri ;

2° Le processus de guérison consiste essentiellement dans le développement de cellules rondes autour des vaisseaux et des bronches, et dans le parenchyme pulmonaire ; ces cellules s'organisent en tissu conjonctif fibreux ;

Les brides fibreuses pleurales sont secondaires ; le début se fait dans le parenchyme pulmonaire ;

3° Dans 3 cas sur 12, on a trouvé des bacilles de la tuberculose ;

4° Dans 34 0/0 des cas, on note l'absence de toute adhérence partielle des plèvres

P. DUFLOCQ.

I. — Demonstration eines Præparates von perlsuchtaehnlicher Erkrankungen beim Menschen (Tuberculose à forme de pommelière chez l'homme), par Alfred KIRSTEIN jeune (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 3, *p.* 57, 18 *janvier* 1892).

II. — Ueber spontane und experimentelle Perlsucht , par TROJÉ (*Ibidem*, *p.* 58).

I. — Chez une phthisique de 20 ans, autopsiée par Leichtenstern, en 1880, le péritoine était garni de nodosités ovales ou arrondies, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une cerise, et dont beaucoup étaient caséeuses à leur centre, tandis que d'autres offraient un aspect médullaire. Une partie de ces nodosités étaient directement accolées à la surface de l'estomac et des intestins, mais le plus grand nombre d'entre elles n'étaient reliées aux organes que par des pédicules conjonctifs, grêles, longs au plus de 4 centi-

mètres, de sorte qu'elles formaient une véritable garniture de perles à l'estomac et aux intestins. Les anses intestinales adhéraient entre elles et avec les parois abdominales, par un tissu de nouvelle formation disposé en filaments, franges ou membranes minces. Ces adhérences sectionnées, on voyait des cavités enkystées, remplies de pus onctueux, dans lesquelles se trouvaient libres, détachées de leurs pédicules, un certain nombre de nodosités perlées. Le mésentère supportait de nombreuses tumeurs denses, du volume de noix et que leur surface lobulée faisait reconnaître comme résultats de la confluence de nodosités plus petites.

Juergens a présenté des pièces anatomiques analogues au Congrès international de 1890.

II. — Trojé a également rencontré à l'autopsie d'une phtisique des tumeurs semblables à celles de la pommelière sur la plèvre gauche; la plèvre droite et la cavité péricardique étaient complètement oblitérées. Dans le tissu conjonctif, nouvellement formé entre les feuillets des séreuses, et proéminant dans ces dernières, se voyaient quelques nodosités aplaties, d'un blanc grisâtre avec un semis jaune, gros comme une tête d'épingle. La cavité pleurale gauche renfermait une petite quantité de liquide un peu sanguinolent. Les feuillets de cette plèvre étaient recouverts de plaques blanc grisâtre en partie caséeuses. Mais la plèvre diaphragmatique supportait, en outre, un assez grand nombre de petites tumeurs, polypeuses, à fin pédicule, en partie caséeuses, dont les dimensions variaient entre un pois et un petit haricot, ainsi que quelques saillies d'un rouge grisâtre, en forme de crêtes de coq. Les tumeurs pédiculées n'offraient pas trace de calcification; elles renfermaient de nombreuses cellules géantes de Langhans avec noyaux marginaux.

Trojé et Tangl pensent avoir élucidé un peu les conditions de formation de ces tumeurs perlées en inoculant sous la peau de lapins des bacilles tuberculeux dont la virulence était atténuée par l'iodoforme. Les deux animaux ne souffrirent nullement dans leur état général, de sorte que les expérimentateurs s'attendaient à n'avoir qu'une tuberculose locale, lorsqu'ils les sacrifièrent sept et neuf mois après l'inoculation. A leur grand étonnement, ils constatèrent une tuberculose à forme de pommelière. Chez le premier lapin, les nodosités perlées, à fin pédicule, les unes blanc grisâtre, les autres jaunes, étaient localisées dans les plèvres, ainsi que des nodules plus volumineux. Au point d'inoculation, se voyait une masse crayeuse; les ganglions voisins étaient en partie caséeux, les poumons renfermaient de petits foyers caséeux disséminés et une caverne grosse comme une noisette; le gros intestin offrait une ulcération ayant les dimensions d'uu pfennig, des bords surélevés en partie caséeux, ainsi que le fond; il existait enfin une fonte caséeuse partielle des ganglions bronchiques et mésentériques. Chez le deuxième lapin, les tumeurs de pommelière se retrouvaient non seulement dans les plèvres, mais encore dans le péritoine, dans le grand épiploon en particulier, où elles prenaient l'apparence soit d'une volumineuse garniture de perles, soit de raisins à petits grains.

Comme on n'a pas encore cité jusqu'ici de pommelière chez les lapins et cobayes, on est amené à considérer les lésions ci-dessus comme le résultat de l'action de l'iodoforme sur les bacilles tuberculeux et à regarder la pommelière bovine comme la marque d'un virus ayant subi un certain degré d'atténuation. Le corps de l'homme et celui du bœuf représentent manifestement un milieu nourricier beaucoup moins favorable aux bacilles tuberculeux que celui des lapins ou des cobayes. Ce qui le prouve, c'est non seulement l'évolution beaucoup plus lente de la maladie, mais aussi la fréquence bien plus grande de cellules géantes dans

leurs tissus tuberculeux, indices d'une tendance à proliférer relativement faible des bacilles tuberculeux chez l'homme et le bœuf. J. B.

Ueber die Entzündung der serösen... (Sur l'inflammation des membranes séreuses et des méninges), par C. W. SCHLEIFFARTH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 1).

1° Dans la *pleurésie sèche*, la plèvre est recouverte d'une membrane fibrineuse ; au début de l'inflammation, cette membrane montre : 1° une couche endothéliale dont les cellules sont atteintes de dégénérescence graisseuse; 2° une couche de grosses cellules provenant de la prolifération des celulles endothéliales. Plus tard, les couches sous-jacentes laissent reconnaître des filaments fibrineux, qui se gonflent dans l'acide acétique et dans lesquels on aperçoit des rangées régulières de noyaux. On y observe tous les passages de la transformation des fibres conjonctives en fibrine, pendant que les cellules conjonctives prennent l'aspect de gros éléments épithéliaux. L'inflammation fibrineuse de la plèvre ne consiste donc pas dans une exsudation, puisque la fibrine n'est pas sortie à l'état liquide des vaisseaux sanguins : la fibrine se forme à la suite d'une transformation du tissu conjonctif pleural ou pulmonaire ;

2° Dans la *pleurésie fibrineuse hémorragique*, la membrane fibrineuse, qui s'est formée d'après le processus décrit plus haut, atteint une épaisseur double ou triple ; les parois des vaisseaux sanguins participent à la transformation et ne sont plus constituées que par des cellules endothéliales : d'où résulte une extravasation du sang ;

3° Dans la *pleurésie chronique et l'empyème*, les phénomènes ci-dessus décrits ont lieu à la surface de la plèvre, tandis que, profondément, une portion du tissu enflammé subit la fonte purulente ; au microscope on voit parfaitement qu'on est en présence, non d'un exsudat sanguin, mais d'une transformation du tissu conjonctif ;

4° Dans l'*inflammation de la pie-mère*, les fibres conjonctives qui forment le réseau sous-arachnoïdien se résolvent en cellules et en noyaux ; les cellules se multiplient rapidement par voie karyokinétique : d'où l'aspect puriforme de la membrane ;

5° Dans la *pachyméningite pseudo-membraneuse hémorragique*, la pseudo-membrane ne débute pas à la surface libre de la dure-mère sous la forme d'une exsudation fibrineuse; elle consiste en une prolifération du tissu conjonctif de la dure-mère dont les fibres laissent apparaître les cellules, lesquelles se multiplient plus tard.

La fibrine est donc un dérivé, ou une transformation du tissu conjonctif. La lymphe stagne dans les points ainsi transformés et se mêlant à la fibrine membraneuse, elle prend un aspect puriforme. Dans les inflammations purulentes, la lymphe s'accumule dans les cavités séreuses, pendant que le pus est, à l'origine, renfermé dans les couches conjonctives profondes ; l'exsudat et la lymphe sont d'abord séparés l'un de l'autre, mais quand la couche superficielle de la séreuse s'est transformée en pus, celui-ci se mélange à l'exsudat qui devient trouble. Lorsque les vaisseaux sanguins subissent la fonte fibrineuse, le sang se mêle à l'exsudat. Le pus résulte de la fonte des fibres conjonctives (cellules y

comprises) ; l'inflammation elle-même a son siège, non dans la cavité des séreuses, mais dans le tissu conjonctif de ces membranes.

ÉD. RETTERER.

Hypophysis und Thyreoïdea, par A. SCHÖNEMANN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXIX*, 2).

Schönemann a étudié comparativement au microscope le corps thyroïde et l'hypophyse (corps pituitaire) de 112 sujets venant de contrées où le goitre est endémique.

En considérant comme normales les hypophyses des individus dont le corps thyroïde est normal, on constate que les goitreux présentent une hypophyse pourvue de nombreuses cellules chromophiles avec des variétés consistant dans l'hypertrophie vasculaire, conjonctive ou colloïde de l'organe. Cependant Schönemann a observé des exceptions : un cas d'hypophyse normale chez un goitreux. D'autres fois, il a vu des hypophyses chromophiles chez des individus à corps thyroïde normal.

Il résulte cependant de la majorité de ces observations que le développement des cellules chromophiles constitue un processus dégénératif qui atteint à la fois l'hypophyse et le corps thyroïde. Il est même très probable que la transformation des éléments de l'hypophyse en cellules chromophiles se fait aux dépens de la disparition d'éléments cellulaires, et que les cellules chromophiles subissent la dégénérescence colloïde. Ces altérations semblent marcher de front avec la polifération des éléments conjonctifs et vasculaires, comme c'est le cas des glandes telles que le foie, le rein, etc.

ÉD. RETTERER.

Die Aetiologie und Genese der acuten Nephritis, par KAHLDEN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XI*, 4, *p.* 441, 1892).

La néphrite de la *pneumonie* consiste, d'après Kahlden (10 cas), en lésions dégénératives de l'épithélium des tubuli et quelquefois aussi de la branche ascendante de l'anse de Henle, les glomérules restant intacts ou presque intacts. Les hémorragies ne sont pas une lésion constante de la néphrite pneumonique. On y rencontre le diplocoque de Talamon-Fränkel sans pouvoir toujours affirmer un rapport de localisation entre ce microbe et les lésions.

Pour la *scarlatine*, l'auteur confirme l'existence des trois formes admises par Friedländer : 1° une forme initiale, caractérisée par la dégénérescence et la desquamation de l'épithélium des tubuli contorti et de la branche montante, légère desquamation de l'épithélium glomérulaire, exsudat albumineux intra-canaliculaire ; 2° le gros rein blanc, qui apparaît de préférence dans la 3e semaine, avec infiltration de toute l'écorce par de petites cellules, œdème inflammatoire, remplissant les espaces intercanaliculaires d'un exsudat coagulable et envahissant souvent aussi la lumière des canalicules ; 3° la néphrite post-scarlatineuse caractérisée par une dégénérescence graisseuse des épithéliums glomérulaires, exsudation dans la capsule de desquamation, laissant, à l'inverse des autres formes, les canalicules relativement indemnes. Doit-on séparer nettement, comme le veut Friedländer, ces trois formes l'une de l'autre ? Kahlden ne le croit pas. Le gros rein blanc peut provenir de la néphrite initiale ainsi que la néphrite post-scarlatineuse.

La néphrite de la *rougeole* avait été moins étudiée, Kahlden en rapporte cinq observations. Cette néphrite se distingue nettement des précédentes par la localisation maxima des lésions aux glomérules. On trouve une dégénérescence graisseuse des épithéliums du peloton vasculaire, et de l'endothélium capsulaire, contrastant avec le peu de lésions des canaux urinifères.

Dans la *fièvre typhoïde* la néphrite est fréquente. Dans 6 cas que l'auteur a étudiés, le type anatomique était remarquablement constant. Tout d'abord, dégénérescence des épithéliums des anses de Henle et des tubuli contorti, et desquamation épithéliale. Ces lésions sont diffuses d'emblée. Secondairement l'épithélium glomérulaire dégénère. Rarement il existe de l'œdème inflammatoire et des hémorragies.

Dans la *diphtérie* la néphrite est purement dégénérative. Le maximum des lésions siège dans les canaux contournés et dans la branche ascendante de l'anse de Henle. Au début, le glomérule est sain : il n'est lésé que dans les stades avancés des néphrites graves. Ordinairement, il n'y a pas de lésions interstitielles. Par contre, les endothéliums vasculaires (artères et veines) sont tuméfiés, graisseux, aussi bien dans les vaisseaux intertubulaires que dans les vaisseaux glomérulaires. Jamais Kahlden n'a rencontré d'hémorragies. Il a obtenu les mêmes résultats en reproduisant expérimentalement la néphrite diphtérique.

La *néphrite toxique* doit être rapprochée des néphrites infectieuses ; elle est intéressante à cause du grand nombre de poisons qui peuvent lui donner naissance. Kahlden en étudie quelques variétés :

a) L'*intoxication aiguë par l'opium* (néphrite surtout tubulaire, mais atteignent aussi la glomérule).

b) L'*ictère* (néphrite des tubuli contorti) par excrétion du pigment biliaire.

c) Dans la *néphrite alcoolique*, même dégénérescence, qui atteint les épithéliums de sécrétion en laissant intact le glomérule (localisation primitive en foyers).

d) Les *brûlures* étendues peuvent, entre autres altérations viscérales, causer des lésions du rein. La plupart des cellules épithéliales des canaux contournés sont remplies de granulations ou gouttelettes brunâtres. Il excite, en plus, une dégénérescence graisseuse, mais elle n'est évidente que dans les points dégagés du pigment sus-mentionné. Ici, l'hémoglobine détruite a agi comme un poison, en s'éliminant par le rein.

e) La néphrite toxique due à l'*acide chromique*, a été reproduite expérimentalement par Kahlden. Elle débute par des troubles nutritifs des épithéliums canaliculaires, avec peu de dégénérescence graisseuse. Ces lésions sont localisées, comme les dégénérescences que provoquent les cultures stérilisées de bacilles diphtériques.

Des recherches précédentes on peut conclure que le processus des néphrites aiguës commence par des altérations du parenchyme fonctionnant. Tout peut se borner là et la néphrite peut ne pas s'accompagner de lésions interstitielles. Dans le tissu interstitiel, l'altération principale est la dégénérescence graisseuse de l'endothélium vasculaire. Puis viennent les lésions pariétales et conjonctives.

La *glomérulo-néphrite* paraît à Kahlden être constituée, tout au moins

au début, par des lésions dégénératives des endothéliums. Les cellules dégénérées se séparent, tombent dans l'espace capsulaire, en même temps qu'il s'y épanche un liquide coagulable. A ce moment, il n'y a encore aucune trace de prolifération conjonctive. Mais ces lésions ne se rencontrent jamais à l'état de pureté, c'est-à-dire sans lésions des autres épithéliums du rein. Il faut donc ajouter, aux poisons déjà connus pour causer des dégénérescences (phosphore, arsenic), les produits bactériens, ou mieux, les substances toxiques produites pendant le cours des maladies infectieuses.

L'albuminurie, dite fébrile, se rattache donc aux néphrites toxiques.

Le mode ordinaire de *terminaison* des néphrites aiguës est la guérison intégrale, ou bien laissant quelques épaississements dans certaines capsules glomérulaires, ou dans certains points du tissu conjonctif interstitiel. La terminaison par passage à l'état chronique est beaucoup plus rare. C. LUZET.

Ueber die sekundären Veränderungen des Kreislaufsapparates... (Des altérations secondaires de l'appareil circulatoire dans l'insuffisance rénale), par O. ISRAEL (*XIe Congrès de médecine interne, Centralbl. f. klin. Med.*, n° 25, *p.* 48, 1892).

Chez les brightiques, en outre de l'hypertrophie avec dilatation légère des ventricules cardiaques gauche et droit, en outre de l'hypertrophie des oreillettes et de l'induration cyanotique des organes abdominaux, on constate une dilatation spéciale de l'aorte que l'on pourrait appeler dilatation conique. Toutes ces lésions se rencontrent aussi chez les grands buveurs. Elles ont pour but d'augmenter le volume de la circulation générale, de telle façon que, dans l'unité de temps, il se fasse une excrétion de produits urinaires correspondant aux échanges nutritifs normaux.

LEFLAIVE.

Contribution à l'étude des tumeurs des capsules surrénales, par BERDEZ (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 3).

L'auteur décrit 3 cas rencontrés fortuitement, n'ayant déterminé aucun symptôme. Dans un premier cas, la capsule surrénale droite est presque entièrement occupée par une tumeur grisâtre et ferme; histologiquement c'est un adénome dont la structure reproduit celle de la zone glomérulaire d'Arnold. Dans un deuxième fait, c'est encore un adénome cortical de la capsule droite, répondant à la zone fasciculée. Enfin la troisième tumeur est envisagée comme un adénome très vasculaire de la substance médullaire. L'autre capsule était dans un cas hypertrophié, dans les deux autres de volume normal. GIRODE.

De la pigmentation dans la maladie d'Addison, par P. RAYMOND (*Archives de physiologie normale et pathologique*, *IV*, *p.* 429, 1892).

Observation d'une malade présentant au complet le syndrome d'Addison et où les capsules surrénales étaient saines. Par contre, il existait une sclérose du ganglion semi-lunaire droit; le ganglion semi-lunaire gauche était englobé dans des masses néoplasiques. Cette observation plaide donc pour la théorie nerveuse et contre la théorie humorale de la maladie d'Addison. L'ablation des capsules surrénales produit un en-

semble de symptômes qui n'appartient pas à la maladie d'Addison. Les pigmentations anormales sont souvent rapportées, d'autre part, à des troubles d'innervation (exemples : vitiligo, taches au cours de certaines affections nerveuses ou mentales). Enfin, on a cité de nombreux cas de maladie d'Addison avec lésions du plexus solaire et intégrité des capsules.

L'auteur termine son mémoire en proposant une explication de la mélanodermie. Il existe dans le derme des cellules dont la fonction est d'élaborer le pigment et de l'apporter à l'épiderme. Ces cellules sont sous la dépendance du système nerveux, chez beaucoup d'animaux (chromoblastes des reptiles et batraciens). On retrouve chez l'homme, dans la lamina fusca, dans la pie-mère rachidienne, des corpuscules pigmentaires assimilables aux chromoblastes. La pigmentation de la maladie bronzée résulterait d'une perturbation dans la fonction chromatique par irritation du sympathique abdominal, source également possible d'autres phénomènes symptomatiques. DASTRE.

Ueber Psammome, par ERNST (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XI*, 2, *p.* 334 1892).

A l'aide d'une méthode nouvelle de coloration (acide picrique et fuchsine acide), l'auteur a pu mettre en évidence que la calcification dans les psammomes se fait dans du tissu hyalin qui a succédé à un tissu de sclérose péri-vasculaire. En effet, à côté des fibres rouges formées par le tissu scléreux pur, on trouve des fibres brunâtres et jaunes où s'est établie la dégénérescence hyaline, et on trouve entre les deux tous les intermédiaires possibles. Mais ce n'est pas le seul processus de calcification. La dégénérescence hyaline peut se montrer dans les cellules du tissu conjonctif, qui se chargeront ensuite de matière calcaire.

C. LUZET.

Essai embryologique sur le mode de formation de l'exstrophie de la vessie, par VIALLETON (*Arch. prov. de chirurgie*, *n°* 3, *p.* 232, *septembre* 1892).

L'auteur complète et développe la théorie récemment publiée par Keibel et résidant dans une juste compréhension de la membrane anale, qui est la partie postérieure de la ligne primitive de l'embryon et sur laquelle se continue le sillon primitif.

Si un arrêt de développement se produit dans la paroi ventrale, composée de la membrane anale et d'une très étroite bande de paroi primordiale, on peut concevoir que cette bande de paroi ne se développe pas pendant que la membrane anale se transformant en bouchon cloacal devra s'étendre pour se prêter à l'accroissement de la paroi infra-ombilicale. Dans le cas d'exstrophie de la vessie, les choses se passent ainsi. Le bouchon cloacal se développera beaucoup, mais son accroissement ne pourra suppléer à l'absence de la paroi primordiale ; d'où l'abaissement de l'ombilic si souvent signalé. Toute la paroi infra-ombilicale sera constituée par le bouchon cloacal et, lorsque celui-ci se sera creusé et évidé, la paroi ventrale fera défaut de l'ombilic jusqu'à la racine de la queue. De leur côté, les replis de Rathke peuvent se développer ou ne pas le faire : de là, deux grandes divisions possibles parmi les exstro-

phies de la vessie. Dans les unes, les replis de Rathke se sont formés ; la paroi exstrophiée est bien la paroi postérieure de la vessie. Dans les autres, les replis de Rathke n'ont pas pris naissance : il n'y a pas de paroi vésicale postérieure, pas de périnée, par suite pas d'anus distinct : la paroi exstrophiée est la paroi postérieure du cloaque interne.

Par cette même théorie l'auteur explique toutes les malformations génito-urinaires qui accompagnent si fréquemment l'exstrophie, tels que l'épispadias, l'absence des organes génitaux externes, etc.

L'écartement des pubis ne semble pas répondre à un simple écartement, mais à une absence réelle de la portion la plus interne de ces os.

F. VERCHÈRE.

Sul fegato dei tisici, osservazioni anatomo patologiche, par B. PERNICE et G. SCAGLIOSI (*Il Morgagni, p.* 525, *septembre* 1892).

L'hépatite fréquente chez les phtisiques est très souvent d'origine infectieuse. Ses formes anatomiques principales sont : *a*) une forme qui se rapproche de la cirrhose vulgaire et dont les caractères principaux sont la diminution du volume du foie, qui est granuleux avec sa capsule épaissie, le tissu conjonctif interlobulaire périportal épaissi, enflammé, entourant un ou plusieurs lobules, la néoformation des canalicules biliaires, l'atrophie par compression des lobules avec dégénérescence graisseuse des cellules plus prononcée à la périphérie qu'au centre des lobules ; *b*) une forme de cirrhose biliaire, une périangiocholite subaiguë avec diminution de volume du foie, qui est presque lisse à la surface sans épaississement de la capsule, avec infiltration abondante de petites cellules le long des conduits biliaires, avec altération dégénérative des cellules hépatiques et atrophie des cellules; *c*) une forme de cirrhose graisseuse, avec diminution de volume du foie, périangiocholite diffuse subaiguë et périphlébite légère ; le tissu conjonctif des espaces interlobulaires, dans les points où il est abondant, forme des faisceaux pénétrant dans les lobules qu'il divise en fragments variables (cirrhose insulaire) formés uniquement de tissu cellulo-adipeux, par suite de la dégénérescence graisseuse totale des cellules; dans le tissu conjonctif néoformé, on trouve de nombreux capillaires biliaires de nouvelle formation.

GEORGES THIBIERGE.

The insidious marrow lesions... (Lésions insidieuses de la moelle osseuse au cours du cancer du sein), par Herbert SNOW (*Brit. med. j*,, *p.* 548, 12 *mars* 1892).

L'auteur rappelle la fréquence des infiltrations cancéreuses dans la moelle osseuse chez les femmes opérées de cancer du sein. Le développement de ces infiltrations médullaires est insidieux; cependant on signale presque toujours des douleurs rhumatoïdes dans le dos, les épaules, les reins et la continuité des membres. Il est fréquent de constater à l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum, une sorte d'élément, de gonflement indolent qui indique l'envahissement de l'os par le cancer ; c'est un signe facile à vérifier. Un autre signe moins évident consiste dans l'épaississement de l'apophyse supérieure de l'hu-

mérus correspondant au côté opéré, par rapport à l'humérus du côté opposé. Les douleurs cervicales et lombaires indiquent presque toujours l'infiltration cancéreuse des vertèbres. H. R.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sulle fine alterazioni dei centri nervosi e delle radici spinali, seguite alla tiroidectomia, par F. CAPOBIANCO (*La Riforma medica, p.* 590 *et* 603, 1[er] *et* 2 *septembre* 1892).

La thyroïdectomie totale est constamment suivie de mort chez l'homme; il en est de même chez les chiens opérés dont la température diminue progressivement depuis l'opération jusqu'à la mort, mais s'élève notablement pendant les accès convulsifs; l'examen histologique du système nerveux central et périphérique révèle des troubles circulatoires et des modifications particulières des éléments nerveux (atrophie, dégénérescence granuleuse et vacuolaire avec prédominance de l'une ou de l'autre de ces altérations suivant les cas et suivant les points examinés). Ces altérations sont surtout précoces dans le cerveau, où elles revêtent principalement la forme atrophique. Les lésions cérébelleuses occupent particulièrement les cellules de Purkinje, mais s'observent également dans les autres couches de l'écorce et dans le corps dentelé. Parmi les noyaux bulbaires, celui de l'hypoglosse est le plus constamment atteint, puis viennent ceux du facial, du pneumogastrique et les autres noyaux. Dans la moelle, les lésions portent sur la substance grise et sur la substance blanche, avec prédominance sur la corne grise antérieure et sur les cordons pyramidaux croisés; on y rencontre les trois types de dégénérescence. Les racines spinales sont le siège de lésions dégénératives très importantes. (Voy. *R. S. M.*, XL, 449.)

GEORGES THIBIERGE.

Le diabète pancréatique. Expérimentation, anatomie pathologique, clinique, par THIROLOIX (*Thèse de Paris*, 1892).

Il est impossible de considérer une lésion pancréatique diffuse comme la condition univoque du diabète maigre. Les faits de sclérose pancréatique totale sans diabète et de diabète maigre sans lésion pancréatique sont nombreux. Dans ces cas, c'est l'altération des éléments nerveux et du plexus solaire qui constitue le substratum primordial. L'expérimentation conduit à des vues analogues. L'atrophie pancréatique totale qui suit les injections ne s'accompagne pas de glycosurie. Au contraire, les lésions destructives profondes qui intéressent les plexus nerveux inclus dans la glande ou voisins d'elle, section, ablation partielle, ablation presque totale, sont communément suivies du diabète maigre complet. Il y a eu retentissement sur le système ner-

veux périphérique et central, et trouble secondaire de la nutrition dans tout l'organisme. Du reste, le diabète maigre n'en conserve pas moins toute son autonomie, son début brusque, son évolution rapide, l'intensité excessive de tous les phénomènes de dénutrition, et des désordres nerveux. Il y a un contraste frappant avec l'allure indéfiniment traînante du diabète gras constitutionnel. GIRODE.

Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation, par MINKOWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 469, 9 *mai* 1892).

Quand on alimente avec du pancréas les animaux rendus diabétiques par l'extirpation de cet organe, on note une meilleure assimilation de l'albumine, mais pas de modification du diabète.

Minkowski a greffé sous la peau du ventre des fragments de pancréas; il faut pour cela maintenir un trajet fistuleux, sinon le morceau greffé s'atrophie. Une fois la greffe réussie, on peut enlever à des chiens le reste de leur pancréas, sans qu'ils deviennent diabétiques, tandis que le diabète apparaît dès qu'on enlève la greffe ou qu'on lie ses vaisseaux.

J. B.

Sulla genesi dei calcoli biliari, par A. MARCANTONIO (*La Riforma medica*, *p.* 57, 30 *août* 1892).

Sur 3 chiens, l'auteur a ouvert la vésicule biliaire; il produisit chez le premier, par la malaxation et le traumatisme de la muqueuse, chez le deuxième, par l'injection d'acide lactique, une inflammation de la muqueuse et à l'autopsie il ne constata aucune trace de concrétions biliaires; chez le 3ᵉ, il introduisit dans la vésicule deux petits fragments de pierre ponce sur lesquels il constata, au bout de 5 mois, le développement de très nombreuses concrétions biliaires de coloration jaune et d'autres sur la partie interne du fil de suture. Il conclut que la lithiase n'est pas la conséquence du catarrhe de la vésicule, ni de l'acidité de la bile, mais de la présence de corps étrangers qui amènent la précipitation des éléments de la bile. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Gallenstauung ohne Icterus (Rétention de la bile sans ictère, par von FREY et Vaughan HARLEY (*Verhandlungen des XI Congress für innere Medicin zu Leipzig*, 1892).

Kufferath (1880) a constaté que la ligature du cholédoque ne produit point d'ictère, point de passage des acides biliaires dans le sang (au moins pendant quelques heures), lorsque l'on ferme le canal thoracique. Les auteurs ont cherché à étendre cette constatation à des durées plus grandes. Les animaux résistent bien à la ligature du canal thoracique lorsque l'on a la précaution de les laisser à jeun pendant quelques jours, et de leur donner ensuite une alimentation dépourvue de graisses. Ils peuvent résister des mois et augmenter de poids, d'autant plus que des voies lymphatiques nouvelles se forment entre la citerne de Pecquet et les grosses veines du cou.

On recueille après l'opération l'urine de l'animal et l'on essaie les réactions de Gmelin pour les matières colorantes et de Hoppe-Seyler et Udransky pour les acides biliaires : sur 18 chiens opérés, 2 moururent

rapidement. Des 16 autres, 8 subirent les deux opérations dans la même séance : ils moururent du deuxième au dix-septième jour, sans avoir montré d'éléments biliaires dans l'urine. Chez les 8 autres, la ligature du canal thoracique a succédé de quelques jours à celle du cholédoque. Celle-ci avait déterminé un ictère. L'ictère a persisté, malgré la ligature du canal thoracique, lorsque celle-ci a tardé de quatre à treize jours (5 animaux). Chez les 3 autres, où la ligature du canal thoracique a suivi de deux à trois jours celle du cholédoque, l'ictère a disparu, pour reparaître après quatre à huit jours. — La lymphe s'ouvre d'autres voies de l'intestin dans le sang : celles-ci pouvaient être perméables d'ores et déjà dans les cas où l'ictère n'a pas été modifié. En résumé, la stase de la bile ne produit l'ictère qu'autant que les vaisseaux lymphatiques restent perméables.

Les vaisseaux sanguins, au lieu d'être accolés aux cellules hépatiques, en sont séparés par des lacunes correspondant aux voies lymphatiques périvasculaires. Cette production se fait aux dépens des cellules hépatiques qui diminuent de nombre ou de taille, et sont quelquefois réduites à de simples noyaux. Les capillaires biliaires sont faciles à voir; ils sont élargis : ils n'ont pas de paroi propre. Les cellules sont séparées les unes des autres; la bile se répand dans les espaces péri-vasculaires; elle entoure de toutes parts les cellules. Cette bile, chose remarquable, ne passe pas directement dans le sang, comme si la paroi vasculaire sanguine n'était perméable que dans une seule direction. DASTRE.

Ueber die experimentelle Erzeugung von Schrumpfnieren.... (De la production expérimentale du rein contracté par l'alimentation contenant de l'acide oxalique et de l'oxamide), par EBSTEIN et NICOLAIER (*XIe Congrès de médecine interne, Centralbl. f. klin. Med., n° 25, p. 32, 1892*).

En ajoutant pendant longtemps aux aliments de quelques chiens de petites doses d'acide oxalique et d'oxamide, on détermine chez ces animaux une albuminurie modérée, accompagnée souvent de cylindres et même de globules rouges. Les reins prennent absolument le type de la néphrite atrophique de l'homme avec altération portant non-seulement sur les canalicules et le tissu interstitiel, mais encore sur les glomérules et leurs capsules. On y trouve des dépôts d'oxalates; l'oxamide ne se retrouve que lorsqu'elle a été administrée à haute dose. Cette maladie expérimentale est une néphrite chronique toxique. LEFLAIVE.

Technique bactériologique, par R. WURTZ (1 *vol. in*-18 *de* 192 *pages, Paris*, 1892

Ce petit volume est un exposé très clair des méthodes de recherches bactériologiques mises couramment en usage dans le laboratoire de Straus. L'auteur y traite des méthodes de stérilisation, de la préparation et de l'ensemencement des milieux de culture, de la culture des anaérobies, des inoculations, de la technique des autopsies, de l'examen microscopique et de la coloration des microbes, de l'analyse de l'air, de l'eau, des terres, enfin, ce qui n'avait pas encore été fait dans les ouvrages de bactériologie élémentaire, des propriétés et de l'extraction des substances sécrétées par les microbes. De nombreuses figures ajoutent encore à la clarté du texte de cet ouvrage qui peut servir de memento dans les recherches

bactériologiques, comme d'introduction à ces recherches et de dictionnaire explicatif des expériences et des appareils pour les médecins qui, sans faire de recherches de ce genre, sont obligés de lire et de comprendre des mémoires de bactériologie. GEORGES THIBIERGE.

Sull' eliminazione dei batterii dall' organismo, par B. PERNICE et G. SCAGLIOSI (*La Riforma medica, p.* 255 *et* 267, 29 *et* 30 *avril* 1892).

Les microorganismes expérimentés (staphylococcus pyogenes aureus, bacillus pyocyaneus, bacillus subtilis, micrococcus prodigiosus) sont éliminés par des voies diverses : l'élimination se fait constamment par la bile et par l'urine; elle peut se faire par les muqueuses nasale, buccale, trachéale, gastro-intestinale, utérine, vaginale, et par le sperme, ou par les séreuses; le passage peut se faire de la mère au fœtus. L'élimination commence 4 à 6 heures après l'introduction dans l'organisme; elle continue jusqu'à la mort de l'animal s'il s'agit d'un microorganisme pathogène, pendant 24 à 48 heures s'il s'agit d'un microorganisme non pathogène. Le rein est altéré par l'élimination de ces microorganismes; sa lésion débute, avant le passage des microorganismes dans l'urine, par des troubles circulatoires locaux intenses et par des lésions dégénératives des épithéliums, qui préparent la voie au passage des microbes et revêtent les caractères de la glomérulo-néphrite hémorragique; avec le staphylococcus pyogenes aureus, la néphrite revêt la forme suppurative en foyers. GEORGES THIBIERGE.

Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen... (Recherches expérimentales sur les modifications du pourvoi bactéricide du sang pendant et après l'infection de l'organisme), par A. von SZÉKELY et A. SZANA (*Centralbl. f. Bakter., XII,* 2-3 *et* 4-5, *p.* 61 *et* 139).

Les auteurs étudient les propriétés bactéricides du sang vivant et circulant, et leurs modifications pendant l'infection, et après l'infection, lorsque l'animal est devenu réfractaire.

Le sérum sanguin des lapins inoculés avec le charbon est bactéricide pour la bactéridie charbonneuse alors que la présence de celle-ci dans le sang est évidente. Mais 2 à 3 heures avant la mort, ce sang alors rempli de bactéridies n'exerce plus sur celles-ci aucun pouvoir bactéricide.

Le sérum sanguin des lapins infectés par le staphylocoque doré est bactéricide pour celui-ci quelques heures avant la mort de l'animal; au moment de l'agonie, ce sang ne tue pas le staphylocoque mais ne le laisse toutefois se multiplier qu'au bout de 5 à 7 heures.

L'inoculation intra-veineuse de cultures des bacilles du choléra, chez le lapin, ne le rend pas malade et ne le tue pas; on retrouve dans son sang les bacilles, pendant les 8 heures au moins qui suivent l'inoculation. Le sang contenant ces bacilles n'est pas bactéricide; mais il possède contre ce bacille un pouvoir bactéricide considérable 24 heures après l'inoculation, alors que les bacilles ont disparu dans le sang. Ces propriétés bactéricides sont extraordinairement accrues par une saignée préalable du lapin, faite 24 heures avant, surtout si le lapin a déjà subi une inoculation antérieure de bacilles du choléra.

Le sang prélevé chez un animal fébricitant, par exemple chez un lapin

à la suite de l'infection rabique, possède un pouvoir bactéricide considérable contre le bacille du choléra et le micrococcus prodigiosus.

Presque jamais le sang défibriné des lapins sains ne détruit tous les microbes qu'on y ensemence; mais il les fait diminuer, et ce n'est que plus tard que les microbes survivants se multiplient. Ce pouvoir bactéricide du sang défibriné est d'ailleurs en rapport direct avec le nombre des microbes qu'on y a introduits. MOSNY.

Ueber die Schutzstoffe des Serums, [par **H. BUCHNER** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 449, 9 *mai* 1892).

Les sels minéraux du sérum jouent un rôle important dans son pouvoir microbicide. On peut diluer au quintuple ou au décuple, avec la solution salée physiologique, le sérum du chien ou du lapin, sans lui faire perdre de ses propriétés germicides, tandis que si on opère la même dilution avec de l'eau distillée, ce sérum devient inactif.

Cette singulière différence ne tient pas à un pouvoir microbicide du sel marin, car si on en additionne un sérum inactif, celui-ci continue à n'exercer aucun effet sur les microorganismes.

Pour la dilution du sérum actif, on peut substituer, sans changer les résultats, une solution à 0,7 0/0 de chlorures de potassium ou de lithium.

Or, normalement, les substances albuminoïdes renferment une certaine quantité de sels minéraux qu'on peut leur enlever par dialyse. La dilution du sérum avec de l'eau a le même résultat. Mais ce sérum rendu ainsi inactif et conservé durant vingt-quatre heures dans la glacière peut récupérer son pouvoir germicide originel par simple addition de la solution salée à 0,7 0/0. Tandis que les chlorures alcalins fixes (sodium, lithium, potassium) conservent d'une façon à peu près pareille la puissance microbicide du sérum de chien, le chlorhydrate d'ammoniaque l'augmente notablement; au contraire, le sulfate de magnésie ne la conserve qu'affaiblie.

En rapprochant ce rôle des alcalins à l'égard des substances actives du sérum de celui de conservateurs qu'ils remplissent à l'égard des globules rouges, il est permis d'en inférer la nature albuminoïde des substances actives du sérum. Mais Buchner ne croit pas que la totalité des substances albuminoïdes du sérum participe à son rôle de défense, ni que ces substances actives soient des albuminoïdes ordinaires; pour lui, il s'agit ici de corps plus complexes, d'une structure plus élevée, qu'il désigne sous les noms de substances protectrices ou d'alexines. Il croit à l'identité des substances globulicide et germicide du sérum, parce que l'une et l'autre sont influencées de la même façon par les agents extérieurs, chaleur et lumière, qui les détruisent. Un sérum de chien maintenu six ou sept heures à la température de 45° centigrades a perdu à la fois son pouvoir dissolvant sur les hématies et son pouvoir destructeur sur les microorganismes, il est comme mort.

La lumière diffuse du jour, mais surtout la lumière directe du soleil, a les mêmes effets. Son influence est moindre quand le sérum est placé dans un endroit privé d'oxygène, ce qui prouve que la lumière agit pour une part en favorisant les processus d'oxydation.

Si l'on mélange en diverses proportions du sérum de chien et du sé-

rum de lapin, et qu'on ensemence ces différents échantillons de bacilles typhoïdiques, en les maintenant à la température de 37°, ainsi que des échantillons purs de chacun des deux sérums qu'on a ensemencés de même, on remarque que le sérum de lapin pur est plus microbicide que le sérum de chien pur, et que le mélange des deux est d'autant moins microbicide, d'autant moins destructeur du bacille d'Eberth qu'il renferme davantage de sérum de lapin.

On observe des phénomènes analogues quand on éprouve l'action globulicide du même mélange.

Buchner en conclut à la triple identité de l'action microbicide, de l'action globulicide et de l'action antitoxique du sérum. J. B.

Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bakterien (De l'influence de la lumière sur les bactéries), par BUCHNER (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, 25, *p.* 781).

Le résultat d'expériences faites sur différentes bactéries est que la lumière exerce une forte action désinfectante sur les eaux où ces bactéries sont en suspension. Ainsi une eau contenant par centimètre cube environ 100,000 germes de B. coli communis, exposée pendant une heure à la lumière solaire directe, n'en renfermait pour ainsi dire plus. La lumière diffuse exerce une action semblable, mais plus lente. C. LUZET.

I. — Ueber die Structur des Bindegewebes... (De la structure du tissu conjonctif et de son importance pour l'histologie de l'inflammation), par Paul GRAWITZ (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 109, 8 *février* 1892).

II. — Ueber die Histologie der Entzuendungsvorgaenge, par Edward O. SHAKESPEARE (*Ibidem*, *n°* 26, *p.* 632, 27 *juin* 1892).

I. — Grawitz s'efforce d'établir que les cellules du tissu conjonctif dérivent non seulement de la division des cellules fixes de ce tissu et de l'émigration des globules blancs du sang, mais encore d'une source non signalée jusqu'ici, la substance intercellulaire.

En examinant des tendons, au voisinage de sections, on aperçoit d'abord une dissociation des faisceaux fibreux avec production de fentes extrêmement fines dans lesquelles apparaissent des noyaux allongés renfermant à leurs pôles des cellules qui, de fusiformes, arrivent, en grossissant, à former les corpuscules fixes du tissu conjonctif décrits par Virchow. Ces cellules deviennent alors capables de mouvements et de divisions nucléaires. Les mêmes phénomènes s'observent sur le tissu fibreux de la peau, du périoste et d'autres parties du corps.

L'apparition de ces noyaux et cellules de nouvelle formation s'accomplit selon un ordre déterminé : 1° une partie de ces cellules naissent très manifestement à l'intérieur des fentes et, parvenues à leur état adulte, elles se trouvent dans un canalicule des sucs, comme les corpuscules conjonctifs fixes dans le tissu cellulaire lâche; 2° une autre partie des cellules naissent sur la paroi des canalicules des sucs qui se trouvent alors revêtus de cellules endothéliales comme les capillaires; 3° enfin, le reste des cellules naissent dans les fibres mêmes qui se sont ramollies. Quand la transformation est trop active, il se produit des avortons de cellules très difficiles à distinguer des leucocytes.

Lorsqu'on peut suivre ce travail sans qu'il soit troublé par l'immigra-

tion de globules blancs du sang, on se convainc qu'on ne connaissait jusqu'ici que de 5 à 10 0/0 des cellules du tissu conjonctif de la peau, par exemple; tandis que les 95 0/0 restants se trouvaient dans un état inaccessible aux colorants nucléaires et que Grawitz appelle état d'assoupissement des cellules conjonctives.

Il y a déjà longtemps que Grawitz soutient que les globules du pus ne sont pas uniquement ou même en majeure partie des leucocytes sanguins, et que dans la fonte purulente du tissu conjonctif, les cellules de ce tissu se transforment directement en globules purulents par dissolution de la substance intercellulaire; il y a alors réveil des cellules conjonctives assoupies.

II. — Shakespeare rappelle qu'il y a déjà dix ans (*The Medical News*, 1882), il a, avant Grawitz, signalé la présence dans le tissu conjonctif normal de cellules *assoupies* et leur rôle très important dans le travail inflammatoire et dans d'autres processus morbides.

Mais les conclusions que Shakespeare tire de sa découverte diffèrent sur deux points de celles de Grawitz. Celui-ci fait naître la majorité des cellules assoupies de la substance intercellulaire et dénie aux globules blancs du sang toute participation au processus inflammatoire. Shakespeare, au contraire, considère toutes ces cellules assoupies comme des cellules fixes préexistant dans le tissu conjonctif normal, mais invisibles par les procédés d'examen usuels; en outre, il ne refuse pas un rôle aux leucocytes dans le travail d'inflammation. Shakespeare pense que l'opinion différente de Grawitz tient à ce qu'il n'a pas fait, comme lui, des recherches d'histologie normale. J. B.

Die Mischinfektionen bei den akuten Eiterungen (Les infections mixtes dans les suppurations aiguës, par Sergi TROMBETTA (*Centralbl. f. Bakter., XII*, 4 et 5, *p.* 121).

Il est rare de ne trouver qu'une seule espèce bactérienne dans un foyer de suppuration, aussi l'auteur a-t-il recherché dans quelles conditions les associations microbiennes pouvaient déterminer la suppuration.

Un microbe pyogène atténué, impuissant à provoquer la suppuration, redevient pyogène lorsqu'on l'associe à une autre bactérie pyogène plus ou moins atténuée.

On peut de même rendre leurs propriétés aux microbes pyogènes atténués en leur associant une ou plusieurs espèces de bactéries saprophytiques, ou bien encore en leur associant des microbes pathogènes tels que les bacilles de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose, ou le streptocoque de l'érysipèle.

Dans tous ces cas, on ne retrouve dans le pus que le microbe pyogène seul, ou presque seul. MOSNY.

Untersuchungsergebnisse betreffend den Streptococcus longus (Recherches sur le streptococcus longus, par BEHRING (*Centralbl. f. Bakter., XII*, 6, *p.* 192).

L'auteur divise les streptocoques en 2 classes principales : *a*) strep. brevis, — *b*) strep. longus.

Il distingue 2 groupes des espèces appartenant au strep. longus :

1° Ceux qui troublent le bouillon (strep. de l'érysipèle, des angines, des phlegmons); 2°) ceux qui ne le troublent pas ; il y a 3 espèces de ce dernier groupe :

a) Ceux qui forment un dépôt muqueux (streptocoques de certains phlegmons, des pneumonies, des affections puerpérales, des maladies des séreuses).

b) Ceux qui forment des grumeaux (scarlatine : streptoc. conglomeratus, Kurth, cas grave de pyémie).

c) Ceux qui forment de gros amas et tendent à adhérer aux parois du tube (pneumonie du cheval, seule).

L'auteur insiste sur la virulence de toutes ces espèces de streptococcus longus pour les souris blanches; mais il déclare ne pouvoir donner à l'une de ces espèces aucun caractère spécifique qui permette de la différencier des autres. Bien plus, un animal vacciné contre l'un de ces streptocoques, l'est également contre tous les autres.

Mais comme il est très difficile d'obtenir chez le lapin ou la souris une immunité très solide contre les streptocoques virulents, Behring pense qu'on vaccinera plus facilement et plus solidement les chevaux et qu'on pourra se servir de leur sérum curateur contre les maladies humaines à streptocoques. La vaccination et la guérison des chevaux aurait d'autant plus d'importance que la pneumonie du cheval est l'une des maladies les plus mortelles pour cet animal. MOSNY.

Ueber einen Bacterienbefund in säurem Harne (Découverte bactériologique dans l'urine acide), par HEIM (*München. med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 435, 1892).

Dans un cas d'incontinence d'urine chez un homme de 20 ans, l'auteur a trouvé dans l'urine acide, recueillie au moment de la miction avec les précautions antiseptiques d'usage, de 250,000 à 2,000,000 de germes par cm. c. Pas trace de réaction ammoniacale. Ces germes sont tous d'une seule et même espèce; ce sont de gros bâtonnets courts, arrondis, immobiles, faciles à colorer avec les divers colorants habituels. Colorables par le procédé de Gram, ils se cultivent sur gélatine, agar et pommes de terre en formant une couche blanche, élevée, à la température du corps. Ces bactéries sont productrices d'acides. L'urine inoculée dans la vessie des lapins, donne des résultats négatifs. Les anamnestiques du malade disent seulement que la maladie a débuté il y a 3 ans, à la suite d'un fort refroidissement, qu'il a été souvent cathétérisé à cette époque, que sa mère souffre d'une maladie de vessie et que sa sœur a de l'incontinence d'urine. L'auteur se demande s'il faut considérer cela comme le premier cas de cystite connu avec urine acide, ou bien comme une urétrite cryptogamique due au cathétérisme. C. LUZET.

Anatomisches und Bacteriologisches über Pyelonephritis, par Martin B. SCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 655, 27 *juin* 1892).

Dans la pyélonéphrite, on trouve, dans les mamelons, des foyers de nécrose, contenant des diplobacilles dont les propriétés pathogènes ressortent de la présence de métastases pulmonaires. On en rencontre 3 sortes. Leurs cultures dégagent en abondance de l'ammoniaque. Chez les animaux, l'injection de ces cultures dans les uretères provoque une fermentation ammoniacale de l'urine et de la néphrite. Chez l'homme, ces diplobacilles sont certainement nuisibles au moins par le développement d'ammoniaque. J. B.

Longevity of the tubercle bacillus, par H. HEIMANN (*New York med. journ.*, *p.* 287, 12 *mars* 1892).

L'auteur a conservé des crachats desséchés de tuberculeux pendant plusieurs mois, à la température de la chambre, et trouvé constamment des bacilles. Mais ces bacilles diminuent de nombre; ils subissent donc une destruction progressive. Dans un cas, les matériaux de l'expectoration avaient été conservés 20 mois.

Les bacilles, au bout d'un certain temps, deviennent plus difficiles à colorer par la solution de Ziehl et présentent une teinte brunâtre plus accentuée.

Les crachats traités par la solution de sublimé à 1/500 contiennent des bacilles parfaitement colorables. L'auteur considère le chlore comme le meilleur agent destructeur des bacilles tuberculeux. Il se sert d'une solution à 25 0/0 ou à 50 0/0. L.GALLIARD.

Effets de la tuberculose aviaire vaccinant contre la tuberculose humaine, chez les singes et les chiens, par J. HÉRICOURT et Ch. RICHET (*C. R. de la Société de biol.*, *p.* 58, 1892).

Les chiens sont réfractaires à la tuberculose aviaire comme les singes. Les chiens ne sont pas réfractaires à la tuberculose humaine expérimentale. L'inoculation de tuberculose aviaire virulente paraît préserver les chiens contre la tuberculose humaine. DASTRE.

Ein Aeinfaches Verfahren zum Nachweis der Tuberkel bacillen im Auswurf (Moyen simple de recherche des bacilles de la tuberculose dans les crachats), par KAUFMANN (*Centralbl. f. Bakter.*, *XII*, 4 *et* 5, *p.* 142).

On étale et dessèche sur une lamelle les crachats tuberculeux, et on les colore avec la fuchsine à chaud. La décoloration se fait en agitant la lamelle ainsi colorée dans l'eau bouillante, pendant 1 à 2 minutes : le bacille apparaît coloré en rouge vif sur un fond blanc grisâtre.

L'auteur reconnaît que son procédé donne des préparations moins belles que celles données par les autres méthodes; mais il n'a voulu donner qu'un moyen rapide et commode de colorer les bacilles.

MOSNY.

Wirkung todler Tuberkelbacillen... (Influence des bacilles tuberculeux et de la tuberculine sur l'organisme animal), par W. VISSMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 1).

Après avoir fait bouillir une culture de bacilles tuberculeux dans de l'eau distillée, puis les avoir exposés pendant deux heures à une température de 100 degrés centigrades, Vissmann les injecta, après refroidissement, dans les veines de l'oreille des lapins ou dans le tissu conjonctif sous-cutané. Le résultat général consiste dans le fait suivant : le bacille tuberculeux *mort* agit sur l'organisme comme un corps étranger ou une épine inflammatoire. Injecté dans le tissu sous-cutané, il provoque la formation d'un abcès. Injecté dans le sang, il détermine l'irritation du tissu conjonctif des alvéoles pulmonaires et des artères pulmonaires. Il produit les mêmes lésions du tissu conjonctif du foie et du rein, quoique à un degré moindre.

En injectant, en second lieu, à l'animal, de la tuberculine, on produit en outre l'hyperplasie des follicules de la rate.

En un mot, le bacille mort détermine la formation de tubercules dans le tissu conjonctif. ÉD. RETTERER.

Versuchsresultate über die Wirkung des Tuberculins... (Résultats expérimentaux de l'influence de la tuberculine sur le cobaye et le lapin auxquels on a inoculé la tuberculose), par K. YAMAGIVA (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXIX*, 2).

Lorsqu'on injecte de la tuberculine à des animaux auxquels on a inoculé la tuberculose, on trouve dès la première et la seconde semaine des foyers métastatiques dans les ganglions lymphatiques, la rate, le foie et le poumon. La rate présente en outre des dépôts de pigment. Les bacilles se présentent en même nombre, sous la même forme et possèdent le même pouvoir colorant chez les animaux simplement inoculés et chez ceux auxquels on a injecté en outre de la tuberculine.

D'autre part, l'injection de tuberculine ne préserve pas l'animal de l'infection ultérieure des organes, lorsqu'on lui inocule plus tard le bacille tuberculeux.

Lorsqu'on inocule à un cobaye les bacilles provenant d'un foyer métastatique du poumon d'un lapin traité par la tuberculine, ils continuent à se développer sur le cobaye inoculé. ÉD. RETTERER.

Tuberculoese nach aussen durchgebrochene Caverne... (Caverne tuberculeuse s'ouvrant spontanément à l'extérieur. Examen bactériologique du pus fourni par la fistule), par N. TSCHISTOWITSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 20, *p.* 476 *et n°* 21, *p.* 512, 16 *et* 23 *mai* 1892).

Bouchut (*Gaz. des Hôpitaux*, 1854) a réuni 11 cas de fistules cutanées par cavernes tuberculeuses; Tschistowitsch en a retrouvé 10 autres, il y ajoute une observation personnelle, concernant un homme de 37 ans. Ce malade, tuberculeux, présentait, depuis trois mois, dans la région sous-claviculaire gauche, une tumeur inflammatoire, fluctuante, qui ne tarda pas à s'ouvrir spontanément donnant issue à du pus. Durant les efforts de la toux, la peau se soulevait au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux gauches, formant une tumeur crépitante au toucher, qui s'affaissait par la pression, en même temps que de l'air sortait en sifflant par l'orifice ulcéré.

Grâce à la fistule, Tschistowitsch a pu examiner, durant la vie, le contenu de la caverne. Comparativement à l'expectoration du malade qui fourmillait des microorganismes les plus variés, le pus de la fistule était relativement pauvre en microbes. A côté du bacille tuberculeux, Tschistowitsch y a trouvé le staphylocoque doré et trois espèces nouvelles offrant les caractères suivants :

1° Le *coque blanc non liquéfiant*, très semblable aux staphylocoques, immobile, disposé deux à deux en chainettes et entouré d'une bordure blanche. Sur l'agar, à 37° centigrades, il forme au bout de 24 heures des colonies blanches, punctiformes, arrondies, apparaissant jaunes et crénelées sur leurs bords, à un faible grossissement. Inoculé par piqûre sur l'agar, il donne un petit enduit à la surface, et le long de la piqûre une large culture, ressemblant à un clou à tête plate. Le coque se développe très mal sur la gélatine qu'il ne liquéfie pas. Il se colore très bien par la méthode de Gram. Un centimètre cube d'une culture de 24 heures dans le bouillon, injectée sous la peau d'un lapin, ne provoque aucun phénomène, ni local, ni général;

2° Le *bacille agile*, bâtonnet grêle, très mobile, long de 4 à 5 μ. Son développement est rapide à 37°; la privation d'air restreint sa croissance; il ne se colore pas par la méthode de Gram. Sur les plaques de gélatine, il se développe très lentement sous forme de points blanchâtres ayant sous un faible grossissement l'aspect de disques nucléés d'un brun jaunâtre; il liquéfie progressivement la gélatine. Les colonies apparues sur les plaques d'agar forment à l'œil nu des disques d'un jaune gris. Les cultures sur gélatine et sur agar ont une odeur désagréable. A la température de 37°, au bout de 24 heures, le bouillon se trouble et il naît à la surface une pellicule blanchâtre, composée de bacilles. Deux centimètres cubes du bouillon injectés dans la cage thoracique ou dans une veine d'un lapin déterminent une ascension temporaire de la température, de l'apathie et de l'émaciation; mais l'animal finit par se rétablir;

3° Le *bacille fongoïde*, ainsi nommé à cause de l'aspect de ses cultures sur pommes de terre, est un bâtonnet assez épais, long de 1 à 4, 8 μ, à extrémités arrondies, assez court pour ressembler à des coques ovales un peu allongés. Il se décolore par la méthode Gram. Le bleu de méthylène colore davantage ses extrémités que sa portion moyenne. Tour à tour, aérobie et anaérobie; dans ce dernier cas, il forme de nombreuses vésicules gazeuses. Sur plaques de gélatine, au bout de deux à trois jours, apparaissent des colonies arrondies, blanc-jaunâtre; la gélatine n'est pas liquéfiée. Sur les plaques d'agar, on voit à la surface des gouttes jaunes, et dans la profondeur des points jaunâtres. L'inoculation en strie à la surface d'agar, solidifié et incliné, à la température de 37°, donne au bout de 24 heures, un enduit épais, humide, brillant, blanchâtre; en même temps se rassemble, à la partie inférieure du tube, un liquide trouble, filant. C'est sur la pomme de terre que les cultures sont le plus caractéristiques. Au bout de trois ou quatre jours, apparaît à la surface un petit amas brillant, jaunâtre, qui semble formé par la confluence des gouttelettes d'un liquide épais; cet amas s'accroît en hauteur et en largeur. Ce mode de croissance tient à ce que dans les couches profondes de la culture, le microbe n'ayant pas assez d'air commence à mener une vie anaérobie et produit des bulles de gaz qui soulèvent les couches superficielles. Dans le bouillon à 37°, on note, après 24 heures, un trouble général. Examinés dans la goutte pendante, les bâtonnets n'offrent pas de mouvement propre; ils oscillent d'un côté à l'autre avant de devenir immobiles. Mais ce mouvement est passif, car on le remarque aussi dans les cultures qui ont subi l'ébullition. L'injection de 1 ou 2 centimètres cubes d'une culture dans le bouillon pendant 24 ou 48 heures, pratiquée sous la peau, dans le poumon ou dans les veines des lapins, provoque toujours une élévation de température, pouvant atteindre 40°, et durant au moins un ou deux jours. Durant quelques jours, le lapin est paresseux, mange mal et maigrit, mais il guérit.

Les expériences ci-dessus montrent que des trois microbes découverts, le premier ne semble pas pathogène, tandis que les deux autres ont une virulence modérée. Tschistowitsch a voulu voir s'il résulterait de leur association des accidents plus graves. Voici le résultat de ces expériences :

1° Injection pulmonaire de deux centimètres cubes d'une culture de 24 heures, dans le bouillon, d'un mélange des bacilles agile et fongoïde. La température qui était de 38°7 avant l'opération tombe à 36°9, trois heures plus tard et, une heure après, le lapin succombe, avec une forte hyperémie du poumon injecté, une petite quantité de sérosité dans le péricarde sans autres lésions viscérales. Son sang ne contenait que le bacile fongoïde, fait confirmé par les inoculations de ce sang sur l'agar;

2° Injection pulmonaire de deux centimètres cubes d'une culture de 24 heures, dans le bouillon, d'un mélange des bacilles fongoïde et agile. La température, de 38°,5 avant l'opération, s'élève 5 heures plus tard à 40°, 4 et l'animal succombe dans la nuit, avec congestion des deux poumons, de la plèvre et du péricarde. Le sang fournit une culture pure de bacilles fongoïdes;

3° Injection pulmonaire de deux centimètres cubes d'une culture de 48 heures dans le bouillon d'un mélange des bacilles fongoïde et agile. La température avant l'opération était de 37°,8; 19 heures 1/2 plus tard, elle n'était que de 35°; cyanose, grande faiblesse et respiration accélérée. Mort à la 21e heure. Exsudat hémorragique dans les cavités pleurales. Hyperémie des poumons. Innombrables bacilles dans le sang et l'exsudat pleural; cultures pures du bacille fongoïde par inoculation sur l'agar;

4° Injection dans la veine auriculaire de 2 1/2 centimètres cubes de la culture dans le bouillon du bacille fongoïde obtenue avec le sang du lapin précédent. Oscillations alternatives de la température en sens inverse, puis cyanose, faiblesse. Mort avant la 48e heure avec nombreux bacilles fongoïdes dans le sang. Dans une autre expérience, le lapin a eu des accès convulsifs répétés avant de succomber. On voit que c'est le bacille fongoïde qui domine la scène morbide; après avoir été associé au bacille agile, il acquiert assez de virulence pour tuer à lui seul les lapins;

5° Injection pulmonaire de 2 centimètres cubes d'un mélange de culture de 24 heures du bacille fongoïde et du coque blanc non liquéfiant. Le lapin succombe dans la 6e nuit qui suit l'injection, après avoir eu tout le temps de la fièvre; à l'autopsie, pas d'autre lésion que l'hyperémie du poumon injecté et la présence de bacilles dans le sang.

L'injection pulmonaire d'un mélange des cultures du bacille agile et du coque blanc n'a donné lieu qu'à une augmentation fugitive de la température.

J. B.

Hämatologische Untersuchungen bei Tuberkulininjectionen, par S. BOTKIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 15, *p.* 321, 1892).

Après les injections de tuberculine, on observe une leucocytose aiguë à laquelle prennent part toutes les variétés de globules blancs.

Après la réaction, le nombre des leucocytes diminue rapidement, ce qui paraît être dû à la destruction d'une certaine quantité de ces éléments. Ce phénomène coïncide avec la défervescence qui suit souvent la réaction due à la tuberculine. Il y a là une sorte de *crise hématique* analogue à celle qui succède aux maladies infectieuses fébriles.

La leucocytose aiguë peut s'observer dans les cas où la fièvre fait défaut après les injections de tuberculine.

La multiplication des cellules éosinophiles dans le sang est fréquente à la suite des injections de tuberculine.

L. GALLIARD.

Contribution à l'étiologie microbienne de l'influenza, par ARLOING (*Lyon méd.*, 20 *novembre* 1892).

A. avait fait connaître (17 fév. 1890, *Soc. de méd.*, de Lyon) un micro-coque différent des pneumocoques de Friedlaender et de Talamon, et qui semblait caractéristique de l'influenza. Cette année, il a pu, sur deux

sujets atteints de grippe retirer du sang un microbe qui se rapproche des observations faites par Teissier. Il a un caractère éberthiforme, sur les cultures, sur les pommes de terre ; et comme dans les cas de Teissier, le sang est stérile au bout de quelques jours. Des inoculations intra-pulmonaires provoquèrent chez des lapins des noyaux de pneumonie. L'examen de l'urine ne donna pas de résultats. A. C.

Sulla diffusione dell' influenza per mezzo dell'aria, par G. BOMBICCI (*La Riforma medica, p.* 445, 18 *août* 1892).

Le bacille de l'influenza même à l'état sec, après un temps assez long de dessication, conserve, outre ses propriétés végétatives, son pouvoir pathogène. L'inhalation par les animaux (lapins) ou l'insufflation directe dans la trachée de poudre contenant le bacille de l'influenza détermine le développement de l'influenza, se traduisant tantôt uniquement par l'élévation transitoire de la température, tantôt par des lésions broncho-pulmonaires plus ou moins graves. L'air est donc certainement un des moyens de diffusion de l'influenza et l'appareil respiratoire est une des voies d'introduction, sinon la seule, de ce virus. GEORGES THIBIERGE.

Sulla pneumoproteina, par FOA et E. SCABIA (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 438, *mai* 1892).

Des cultures de pneumocoque de Fränkel dans le bouillon sont filtrées avec la bougie de Chamberland, puis le filtre est lavé avec une solution de chlorure de sodium stérilisée de façon à laver les diplocoques qui sont restés adhérents au filtre, et qui forment une couche très adhérente, transparente, incolore, qu'on détache avec une spatule; cette couche est traitée par la glycérine et l'eau à 5 0/0, puis le liquide est porté à 65° pendant 3 heures; on injecte ce liquide à des lapins à doses croissantes pendant cinq jours; on recommence les mêmes injections au bout de huit jours, puis au bout de quinze jours. On obtient ainsi une immunité parfaite, et ce procédé est d'une exécution beaucoup plus facile que les autres procédés proposés dans le même but. GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur la guérison de l'infection pneumonique chez les lapins au moyen du sérum des lapins vaccinés, par ARKHAROW (*Arch. de méd. expér., IV*, 4).

L'injection de petites doses virulentes et jeunes, ou de fortes doses de vieilles cultures peut vacciner le lapin contre l'infection pneumonique massive. L'immunité est acquise lentement, et plus sûre si la vaccination est renouvelée et renforcée. Or, le sérum des animaux ainsi vaccinés gêne le développement du pneumocoque, et fournit des cultures atténuées propres elles-mêmes à la vaccination. Le microbe s'y déforme, y dégénère et présente plus tôt les aspects d'involution : le passage par l'animal n'arrête point cette dégénérescence. D'autre part, le sérum des animaux vaccinés, injecté à d'autres animaux inoculés, peut retarder ou arrêter l'évolution pneumococcique sur le vivant comme dans les cultures. Il agit donc comme sérum thérapeutique. Le liquide de l'œdème montre des propriétés analogues. GIRODE.

Note sur un cas d'endocardite infectieuse expérimentale, par JOSSERAND et G. ROUX (*Arch. de méd. expér.*, *IV*, 4).

Une femme de 19 ans succombe à une endocardite infectieuse d'une durée anormale de 4 mois. Cinq semaines après le début, l'examen bactériologique du sang est positif et fournit des cultures qui, injectées dans la veine d'un lapin, lui communiquent une infection similaire avec développement d'une endocardite végétante aortique et mitrale, d'une exubérance remarquable, et tout à fait comparable aux lésions ultérieurement examinées de l'endocardite humaine. Le microbe en cause est un staphylocoque à gros grains, à développement rapide, à cultures jaunes, différent des staphylocoques connus. D'ailleurs, il est d'une virulence fragile et fugitive. GIRODE.

La capsula del bacillus anthracis, sua genesi e transformazione, contributo alla morfologia e biologia del bacillo del carbonchio, par G. PIANESE (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e di naturalisti*, *p.* 95, 1892).

Dans le sang et dans les tissus des animaux morts du charbon, le bacille est toujours pourvu d'une capsule; dans les cultures sur l'agar glycériné et le sérum sanguin, les bacilles adultes sont capsulés, tandis que les bacilles jeunes, formés depuis peu par augmentation transversale ou aux dépens des spores, sont dépourvus de capsule. La capsule est produite par le bacille lui-même. A mesure qu'elle se forme, le bacille perd peu à peu tous ses attributs morphologiques, subit des phases d'involution et, en dernier lieu, réduit à de petites granulations, sort de la capsule, laquelle, par ses transformations successives, devient, en dernier lieu, une spore. GEORGES THIBIERGE.

Resistenza vitale del bacillo del carbonchio nell'acqua, nel terreno ed alla putrefazione, par S. SIRENA (*La Riforma medica, p.* 771 *et* 783, 20 *et* 21 *septembre* 1892).

Le bacille du charbon, ou mieux ses spores peuvent conserver leur virulence dans l'eau distillée et stérilisée pendant 2 ans et 19 jours, dans l'eau potable, non distillée et non stérilisée, tenue au repos, pendant 3 mois et 24 jours, dans la terre de jardin stérilisée, à peine humide, pendant 16 mois, dans le jardin pendant 10 mois et 2 jours; dans les cadavres de cobayes renfermés dans un récipient de zinc, dans la rate abandonnée à la putréfaction mais renfermée dans un bocal en verre, la virulence persiste pendant 12 mois et 24 jours. Le bacille du charbon passe dans le lait et traverse le placenta quand l'animal vit 4 jours après l'infection charbonneuse. GEORGES THIBIERGE.

Zur Aetiologie des Kopftetanus (Sur l'étiologie du tétanos céphalique), par A. NICOLAIER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVIII*, 1).

Nicolaier relate un cas de tétanos céphalique, suivi de mort. Les inoculations de substance nerveuse pratiquées sur les souris donnèrent un résultat négatif; mais il vit mourir de tétanos quatre souris auxquelles il avait inoculé des portions de peau provenant des régions inoculées des premières. A l'aide du pus qui s'était formé aux points inoculés, Nicolaier put produire des cultures pures de bacilles du tétanos. Ces

microorganismes ont la forme de bâtonnets grêles, peu mobiles. Au bout de quelques jours, ils donnent naissance à des spores de forme arrondie et ayant un diamètre trois fois plus grand que celui des bacilles. En inoculant une faible quantité de ces cultures à des souris, on détermine un tétanos mortel; l'incubation est de 12 à 16 heures.

Nicolaier conclut de ces faits que le tétanos céphalique est produit par le bacille du tétanos. ÉD. RETTERER.

Sulla diffusione del veleno del tetano nell' organismo, par A. BRUSCHETTINI (*La Riforma medica, p.* 256 *et* 270, 29 *et* 30 *juillet* 1892).

Le poison du tétanos se répand dans le sang, à partir du point où il s'est formé. Il perd complètement ses propriétés toxiques quand il est resté pendant huit jours dans l'étuve à la température de 37°. En outre de sa diffusion dans le sang, il se répand dans le système nerveux et cette diffusion, au moins chez les animaux que l'auteur a mis en expérience (rongeurs), se produit dans le système nerveux aussi bien de haut en bas que de bas en haut, de proche en proche, à partir du point où a été faite l'inoculation. Le foie, la rate, les capsules surrénales, les muscles des animaux tétanisés ne contiennent pas de substance toxique ; il n'en est pas de même des reins; le poison du tétanos s'élimine en grande partie par les reins. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Ausscheidung des Tetanusgiftes durch die Nierensecretion (**Élimination du poison tétanique par les reins**), **par BRUSCHETTINI** (*Deutsche med. Woch., p.* 349, *n°* 16, 1892).

L'urine de deux sujets atteints de tétanos et traités avec succès par l'antitoxine préparée par Tizzoni et Cattani a provoqué chez les animaux des accidents tétaniques mortels.

Dans le premier cas, l'urine du cinquième jour fut injectée, à la dose de 10 centimètres cubes, à des lapins qui eurent le tétanos neuf jours plus tard. L'urine du second sujet fut prise au second jour de la maladie et injectée sous la peau des souris à la dose de 3 centimètres cubes, sous la peau des lapins à la dose de 10 centimètres cubes. Les premières moururent en vingt-quatre heures, les autres en trente-six heures.

L'urine de ce second malade prise le cinquième jour, c'est-à-dire après quatre injections d'antitoxine, avait perdu sa toxicité; elle n'a déterminé aucun désordre chez les souris et les lapins. L. GALLIARD.

Alcune questioni relative all' immunità pel tetano, par G. TIZZONI et G. CATTANI (*La Riforma medica, p.* 495 *et* 505, 23 *et* 24 *août* 1892).

L'injection d'humeur aqueuse des animaux rendus réfractaires au tétanos ne confère pas l'immunité, contrairement à ce qui a lieu pour le sérum du sang; cette humeur, mélangée à une petite quantité de virus tétanique, ne neutralise pas ce virus et les animaux auxquels on injecte ce mélange succombent au tétanos.

Le sérum des animaux vaccinés, conservé avec les précautions voulues à l'abri des infections pendant plusieurs mois conserve son pouvoir immunisant, mais c'est seulement le précipité floconneux qui s'y forme qui

est doué de ce pouvoir immunisant, ce qui prouve qu'il vaut mieux se servir de l'antitoxine, qui se conserve longtemps sans s'altérer et qui est plus facile à transporter.

Le sérum du chien vacciné a des propriétés immunisantes plus accusées que celui du lapin et peut neutraliser des quantités plus considérables de virus tétanique. Le sérum de divers animaux d'une même famille, vaccinés par les mêmes procédés, peut présenter des différences très appréciables dans le pouvoir immunisant. Ce pouvoir immunisant du sérum persiste chez des animaux qui sont vaccinés depuis un temps très long; quand il a atteint une certaine intensité, on ne peut pas le renforcer par des vaccinations ultérieures.

Chez les animaux, le sérum du chien, qui est supérieur à celui du lapin pour prévenir le tétanos, ne lui est pas supérieur pour le guérir. Néanmoins pour l'homme, qui se rapproche morphologiquement davantage du chien et dont le tétanos est également plus semblable cliniquement à celui du chien, les auteurs préfèrent extraire du chien leur antitoxine du tétanos. GEORGES THIBIERGE.

Ueber einige Eigenschaften des Tetanusheilserum (Propriétés du sérum antitétanique), par BEHRING et FRANK (*Deutsche med. Woch., p.* 348, *n°* 16, 1892).

Le sérum que Behring et Frank ont expérimenté provient du cheval désigné par le n° 2 dans le travail de Schütz. Ce cheval ayant été saigné au commencement de février, son sérum mélangé d'acide phénique dans la proportion de 5/1000 a été conservé dans un flacon soumis à des températures variées et accessible à l'air. Au bout de deux mois on a pu constater que ce sérum ne contenait pas de germes; il avait conservé toutes ses propriétés.

Ce sérum, en effet, a conféré l'immunité à douze souris qu'on a cherché vainement à intoxiquer à l'aide de cultures de bacilles tétaniques.

La dilution du même sérum dans l'eau distillée a été également efficace.

La température du sérum a pu être portée à 65° sans en atténuer les propriétés.

Le sérum qui confère l'immunité ne devient agent thérapeutique que si on l'emploie à dose élevée. L. GALLIARD.

Ueber die erbliche Ueberlieferung der Immunität gegen Tetanos (De la transmission héréditaire de l'immunité contre le tétanos), par TIZZONI et CATTANI (*Deutsche med. Woch., n°* 18, *p.* 394, 1892).

Deux lapines ont été inoculées tous les vingt ou trente jours à l'aide de 2 ou 3 centimètres cubes de cultures de tétanos dans la gélatine. Elles mirent bas chacune deux petits, le 21 février; un de ces petits reçut un dixième de goutte de la même culture le 2 avril, un autre un cinquième de goutte, le troisième une demi-goutte. Ce dernier seulement eut des désordres, encore ne fut-ce que du tétanos localisé et passager.

Expérience analogue sur des rats provenant de mères vaccinées et qui supportèrent sans dommage une injection qui tuait des souris en trente-quatre heures.

Cela prouve que les animaux peuvent transmettre à leur descendance

une immunité qui n'est pas comparable à celle qu'ils possèdent eux-mêmes, mais qui est réelle. L. GALLIARD.

De l'action bactéricide du sérum de sang des bovidés sur le virus morveux et de l'action curative de ce sérum dans la morve expérimentale du cobaye, par P.-N. CHENOT et J. PICQ (*Mémoires de la Société de biologie*, 19 *mars* 1892).

1° Le sérum de sang des bovidés est doué d'une propriété bactéricide à l'égard du virus morveux; 2° des sujets infectés avec du virus équin et traités au sérum avant et après inoculation morveuse guérissent 7 fois sur 10; 3° des sujets condamnés à une mort fatale et rapide par suite de l'exaltation de la virulence obtenue par des passages successifs dans l'organisme du cobaye ont survécu de 21 à 42 jours, pendant que les témoins mouraient dans un période de 5 jours; 4° les autopsies des sujets considérés de leur vivant comme guéris ont effectivement montré des altérations de tissu (sclérose, calcification) qui, sont la preuve de la guérison. Une première atteinte guérie ne confère pas une immunité absolue. DASTRE.

Sur une substance isolée des cultures du bacille de la morve, par A. BABES (*Arch. de méd. expér., IV*, 4).

Le bacille de la morve produit des substances chimiques, toxiques et vaccinales. Elles sont contenues dans le filtrat des cultures en bouillon ou de l'émulsion des cultures sur pomme de terre. Elles précipitent par l'alcool à 86°, ou par les sulfates d'ammonium et de magnésium, ou par l'alcool absolu et l'éther : ce dernier procédé est plus rapide et plus électif et précis. Les substances obtenues dans ces conditions ont une action thermogène et toxique plus forte que la tuberculine de Koch; elles ont beaucoup d'analogie avec les enzymes. Elles ne produisent pas de réaction locale, mais un état fébrile plus ou moins passager et parfois des convulsions. Les doses élevées et répétées entraînent la mort avec néphrite et marasme. Jamais elles ne développent la morve même. La réaction obtenue est beaucoup plus manifeste chez les animaux morveux que chez les autres. Elles peuvent servir de vaccin contre la morve, ou même exceptionnellement guérir la maladie déclarée. GIRODE.

Ueber die Wirkungen der Inoculation des Rothes in die Nervencentre (Des effets de l'inoculation de la morve dans les centres nerveux) par TEDESCHI (*Centralbl. f. Bakter., XII*, 4 *et* 5, *p.* 127).

Les animaux très susceptibles pour la morve (chats, cobayes, lapins) succombent plus vite lorsqu'on fait l'inoculation dans les centres nerveux que lorsqu'on la fait dans toute autre région. Ils succombent alors à une infection généralisée.

Les animaux doués naturellement d'une immunité complète (rats) ou partielle (chiens) meurent eux-mêmes très rapidement à la suite de cette inoculation.

La virulence des microbes recueillis dans les centres nerveux des animaux ainsi inoculés, est exaltée, surtout si ces bacilles proviennent d'animaux réfractaires à la morve et tués par cette inoculation. Cette

exaltation de la virulence, évidente pour les microbes pris directement dans les exsudats sur le cadavre, persiste dans les cultures au point que les cultures peuvent tuer, par inoculation sous-cutanée, les animaux naturellement réfractaires à la morve.

Dans tous ces cas, on trouve des lésions généralisées dans tous les organes : congestions, nécroses, granulations morveuses miliaires disséminées. MOSNY.

Ueber die Diphtherie-Immunität bei Thieren, par ZIMMER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 350, 1892).

Zimmer a contrôlé les expériences de Behring (*R. S. M.*, XXXVII, 453). Il a reconnu que le mélange d'un bouillon de culture de bacilles diphtériques vieux de quatre semaines et de trichlorure d'iode conférait aux cobayes une immunité absolue contre la diphtérie. Quant au procédé qui consiste à inoculer aux cobayes non pas le bouillon de culture, mais les exsudats survenus au cours de la diphtérie (exsudat pleural par exemple), il n'a donné à l'auteur que des résultats négatifs.

L'inoculation successive aux cobayes de cultures diphtériques et de la solution de trichlorure d'iode employée par Behring n'a conféré l'immunité qu'à une partie des animaux en expérience; le procédé ne réussit donc pas invariablement.

Le trichlorure d'iode a complètement échoué chez les lapins.

Enfin l'eau oxygénée injectée aux lapins et aux cobayes a retardé seulement la terminaison fatale, mais elle n'a pas conféré l'immunité constatée par Behring. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de la toxine du bacille de la diphtérie, par GUINOCHET (*Arch. de méd. expér.*, *IV*, 4).

On considère généralement cette toxine comme un corps voisin de la sérine, et en tout cas de nature albuminoïde ; elle serait élaborée par le bacille diphtéritique aux dépens des corps albumineux contenus dans le milieu où ce microbe se développe. L'auteur a cherché à élucider ce point en cultivant le bacille dans l'urine stérile, alcalinisée et non albumineuse. Il est à remarquer que le développement est régulier, actif, avec quelques légères particularités : les réactions du milieu se comportent comme dans les cultures en bouillon. Après quelque temps, si l'on inocule au cobaye soit le milieu entier, soit l'urine filtrée sur porcelaine, on obtient les mêmes résultats qu'avec des cultures en bouillon utilisées dans les mêmes conditions. La culture dans l'urine se montre riche en toxine : donc celle-ci ne provient pas de corps albumineux, puisqu'il n'y a pas d'albumine dans l'urine et qu'on ne saurait faire dériver la totalité de la toxine des cadavres bacillaires correspondant à la petite quantité de microbes ajoutés à l'urine. L'urine peuplée ne fournit pas de réaction albumineuse. GIRODE.

Espèce particulière de streptocoque retiré du sang d'un homme atteint de scarlatine, par d'ESPINE et de MARIGNAC (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 4).

Chez un homme adulte, atteint de scarlatine, on fait au deuxième jour de l'éruption divers ensemencements avec le sang retiré du doigt. Il se développe dans les milieux une espèce particulière de streptocoque

que les auteurs ont étudiée comparativement à diverses variétés de streptocoques, érysipélateux, pyogène, diphtérique, angineux, etc. Ce nouveau streptocoque qui s'est développé en cultures pures est long, flexueux et offre des caractères spécifiques qui le distinguent du streptocoque vulgaire et d'autre part des streptocoques courts de Lingelsheim, dont le type a été trouvé dans la salive de sujets sains. GIRODE.

Ueber eine neue Methode der Nephrectomie... (Sur une nouvelle méthode de néphrectomie et sur la cause bactérienne et physique du rein gravidique et de l'éclampsie), par Alexandre FABRE (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXIX*, 1).

Après avoir injecté dans les veines des lapins des émulsions bactériennes (en solution aqueuse stérilisée), A. Fabre produisit une néphrite parenchymateuse. Les faits cliniques dus à Eichhorst, Favre et Melcher concordent avec les résultats de ces expériences. Dans les divers essais que rapporte Favre, il n'a pas observé d'embolies, ni de thromboses, ni de suppuration consécutives aux injections. Il pense que la rétention d'urine et la néphrite parenchymateuse sont produites, chez les personnes et les animaux en bonne santé, par les bactéries qui existent dans le sang.

L'*éclampsie puerpérale* n'est pas une maladie spécifique. Plus les cultures bactériennes avec lesquelles on expérimente sont riches, plus sont rapides les symptômes pseudo-urémiques. La maladie consiste en une *ptomaïnhémie* qui, loin d'être propre à la néphrite gravidique et à l'éclampsie puerpérale, est commune à un grand nombre de néphrites et particulièrement à celles qui sont de nature infectieuse.

En pratiquant la néphrectomie en deux temps (1er temps : ligature de l'uretère; 2e temps : extirpation du rein correspondant), Favre a obtenu des résultats favorables sur le lapin. Il les rapproche de ces faits cliniques où l'on a constaté que la compression graduelle de l'uretère, puis son oblitération par une tumeur, occasionne rarement des manifestations néphritiques. ÉD. RETTERER.

I. — Contributo allo studio della etiologia della leucemia e della pseudoleucemia, par C. VERDELLI (*Gazzetta medica di Torino, p.* 31, 1892).

II. — Zur Lehre von der Leukaemie, par LITTEN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 19, *p.* 469, 9 *mai* 1892).

I. — Verdelli a constaté dans 3 cas de leucémie ou de pseudo-leucémie la présence du staphylocoque doré et blanc, et parfois celle du streptocoque pyogène dans le sang et dans les ganglions lymphatiques. Il admet comme probable le rapport de cause à effet entre ces microorganismes et la leucémie en raison de leur identité dans les 3 cas, de leur existence dans le sang et dans les ganglions, c'est-à-dire dans les sièges habituels des bactéries, du développement, à la suite de l'injection de produits microbiques chez le lapin, d'une affection à marche chronique avec lésions viscérales analogues à celles de la leucémie. L'identité de l'agent infectieux dans la leucémie et dans la pseudo-leucémie explique bien comment des cas de pseudo-leucémie peuvent se transformer en eucemie vraie. GEORGES THIBIERGE.

II. — Litten a vainement recherché, dans 4 cas de leucémie, des microorganismes soit dans le sang, soit dans les ganglions. Dans un cas rapidement mortel, il a trouvé des globules blancs graisseux en chiffre innombrable; dans un autre cas semblable, il a retrouvé la même dégénération graisseuse des leucocytes dans la moelle osseuse. J. B.

Zur Kenntniss der Malariaparasiten, par MANNABERG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 26, *p.* 655, 27 *juin* 1892).

Les corps semi-lunaires ne se rencontrent que dans les formes pernicieuses de l'impaludisme; on les y trouve 90 fois sur 100. Ils dérivent des petites formes amiboïdes, qui sont également caractéristiques des formes pernicieuses, et ils semblent provenir de leur juxtaposition. Peut-être sont-ce des formes de copulation. Ce qui le ferait croire, c'est que les corps semi-lunaires ont un double contour et ressemblent ainsi aux formes de copulation de tous les protozoaires. Ils sont toujours bipartites intérieurement. Le pigment se trouve toujours dans les deux groupes et finalement la demi-lune peut se séparer en deux parties. Ce ne sont sûrement point des produits de dégénération. L'administration de la quinine tue aussitôt les petites formes amiboïdes. J. B.

Etiologie de la dysenterie, par OGATA (*Centralbl. für Bakter.*, 9 *mars* 1892).

Ogata donne les résultats de ses recherches sur une épidémie de dysenterie qui a sévi au Japon. Les garde-robes des malades, la membrane muqueuse du gros intestin, les sécrétions des viscères intestinaux contenaient, entre autres microorganismes, un bacille très court, (le quart de la longueur du bacille tuberculeux) se colorant par la méthode de Gram, liquéfiant la gélatine, doué de mouvements actifs et formant en 24 heures des colonies punctiformes blanchâtres : à un fort grossissement, ces colonies paraissent d'un jaune verdâtre. Ces bacilles étaient pathogènes pour la souris, le cobaye et le chat. Inoculés sous la peau, on absorbés par voie buccale ou intestinale, ils donnaient lieu à des évacuations glaireuses et sanguinolentes et à un gonflement aigu des ganglions mésentériques. Il paraît probable que ce sont là les organismes pathogènes de la dysenterie. H. R.

Ricerche batteriologiche sul noma (Cancer aquaticus), par A. ROSSI (*La Riforma medica*, *p.* 459, 19 *août* 1892).

Sur des pièces de deux cas de gangrène de la bouche, portant dans un cas sur toute l'épaisseur de la joue, limitée dans l'autre à la muqueuse de la langue et de la région maxillaire supérieure, pièces conservées depuis longtemps dans l'alcool, l'auteur a trouvé deux formes de microorganismes, l'une présentant soit les caractères du streptocoque soit ceux du staphylocoque, l'autre formant des bâtonnets réunis en très grand nombre en différents foyers ou disséminés dans toute l'étendue de la zone mortifiée et ayant par places des dimensions plus considérables de façon à ressembler au leptothrix; en outre, de nombreuses bactéries vulgaires de la bouche, et en particulier le leptothrix, se voyaient dans la partie la plus superficielle de la masse nécrosée. Les microcoques et le bacille formaient par places des amas de cultures pures dans la zone

nécrotique; on les trouvait en grand nombre dans les vaisseaux lymphatiques et, par places, dans les vaisseaux sanguins. L'auteur pense que ces deux microorganismes jouent un rôle dans la pathogénie du noma, mais ne se prononce pas sur la question de savoir si le bacille, hôte habituel de la cavité buccale, peut, lorsqu'il se développe sur un terrain propice, et par symbiose avec des microbes pyogènes acquérir des propriétés virulentes ou si les microcoques provoquent par eux-mêmes les lésions régressives, hypothèse dans laquelle le bacille ne serait qu'un parasite innocent et accidentel. GEORGES THIBIERGE.

Note sur le bactérium coli commune, par WURTZ (*Arch. de méd. expér., IV,* 1).

En semant dans des milieux légèrement alcalins additionnés de sucre de lait et de teinture de tournesol le bacille d'Eberth et le bacterium coli, on a au bout de 24 heures une différenciation des plus nettes entre ces deux micro-organismes. Le bacterium coli rougit énergiquement le tournesol et développe des bulles de gaz. Le bacille d'Eberth lui laisse sa coloration bleu-violet.

Si sur des tubes de gélose on sème le bacille d'Eberth, et qu'au bout d'un temps suffisant de séjour à l'étuve on râcle la surface de culture, le bacille d'Eberth ne se développe plus sur la surface ainsi dénudée : le bacterium coli s'y développe. D'autre part, le bacille d'Eberth ne se développe pas non plus sur les cultures de bacterium coli dénudées de la même façon. GIRODE.

Contribution à l'étude de la virulence du bacterium coli commune, par LESAGE et MACAIGNE (*Arch. de méd. expér., IV*, 3).

Le coli-bacille normal de l'intestin, injecté aux animaux à dose modérée, ne se montre pas virulent; un centimètre cube d'une culture en bouillon de quelques jours est sans effet. Lorsqu'il existe de la diarrhée, le même microbe devient aisément virulent, surtout en été; la dose susdite est alors mortelle pour le lapin et le cobaye. L'augmentation de virulence de par la diarrhée se manifeste déjà, en l'absence de toute infection proprement dite, par une tendance à l'envahissement cadavérique précoce, qui manque habituellement dans les autopsies ordinaires. Cet envahissement est constant, s'il s'est agi d'une diarrhée infectieuse quel qu'en soit le type clinique : c'est sans doute par un mécanisme analogue que le bacterium coli des premières voies envahit le poumon sur le cadavre, à la suite des affections pulmonaires aiguës et chroniques. Enfin, et c'est là le point capital, par le fait de son augmentation de virulent, le coli-bacille peut devenir pathogène et créer des infections. Celles-ci se manifestent tantôt sous la forme d'un état cholérique, d'une entérite dysentériforme, tantôt sous l'aspect d'une septicémie à type de pseudo-fièvre puerpérale, ou d'une suppuration localisée. Les propriétés pyogènes marquent déjà une tendance à l'atténuation de la virulence, par rapport à l'état septigène. GIRODE.

Bacille d'Eberth et bacillus coli. Expériences comparatives sur quelques effets pathogènes, par A. RODET et G. ROUX (*Arch. de méd. expér., IV*, 3).

Abstraction faite du degré d'activité, qui est en général plus élevé

pour le bacillus coli que le bacille d'Eberth, ces deux microbes se montrent identiques dans leurs effets pathogènes chez les animaux, soit que l'on considère les lésions anatomiques, soit que l'on porte son attention sur les troubles fonctionnels, particulièrement les variations thermiques, et sur l'évolution de la maladie expérimentale. Les effets varient suivant le degré de virulence, la quantité, la réceptivité des animaux ; mais la diversité est aussi étendue pour un microbe que pour l'autre, et les propriétés typhogènes, par exemple, ne sont pas plus spéciales au bacille d'Eberth que les propriétés cholérigènes au bacillus coli. Dans certaines conditions, l'inverse peut être observé. Aussi semble-t-il très légitime de rapprocher ces deux microbes et d'en faire deux variétés d'une même espèce. GIRODE.

Sulla immunità contro il tifo, par A. BRUSCHETTINI (*La Riforma medica, p.* 363, 9 *août* 1892).

Les cultures du bacille de la fièvre typhoïde dans le sang exercent une action pathogène intense sur les lapins lorsqu'on les injecte dans l'appareil circulatoire ou dans la cavité péritonéale et déterminent constamment la mort. Les injections sous-cutanées de cultures dans le sang, soumises à une température de 60°, et celles de cultures anciennes dans le bouillon et la gélatine peuvent procurer un haut degré d'immunité aux lapins. Le sérum du sang des animaux ainsi immunisés possède contre les cultures du bacille typhique un fort pouvoir bactéricide, beaucoup plus considérable que celui du sérum du sang de lapin normal; il possède également une action antitoxique très notable contre les mêmes cultures du bacille typhique. GEORGES THIBIERGE.

Sulla fisio-patologia delle capsule surrenali, par R. SUPINO (*La Riforma medica, p.* 685, 12 *septembre* 1892).

Les lapins peuvent survivre à l'ablation d'une et même des deux capsules surrénales. Le sérum du sang des cobayes privés des deux capsules surrénales, des lapins et des chiens auxquels on a enlevé une capsule a sur la grenouille une action toxique manifeste, curarisante. La toxicité du sang des animaux privés des deux capsules est un peu plus considérable que celle des animaux auxquels on n'a enlevé qu'une capsule. Cette toxicité persiste longtemps après l'opération. L'empoisonnement par les injections de neurine chez le lapin diffère assez notablement de celui qui se produit à la suite de l'ablation des capsules surrénales. GEORGES THIBIERGE.

Ulteriori ricerche sulla cura della rabbia sviluppata, par G. TIZZONI et E. CENTANNI (*La Riforma medica, p.* 374, 10 *août* 1892).

Chez 4 animaux inoculés de la rage, les auteurs ont injecté le précipité alcoolique du sérum du sang d'animaux vaccinés contre la rage; le précipité, redissous dans l'eau distillée, à doses variant de 18 à 25 centigrammes, était injecté pendant 5 à 6 jours consécutifs, à partir du 8e ou du 9e jour après l'inoculation des animaux en expérience; aucun de ces animaux n'a été atteint de la rage, tandis que les animaux témoins sont morts du 18e au 20e jour après l'inoculation.

GEORGES THIBIERGE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Einfluss des Alkohols auf die Blutcirculation, par Z. GUTNIKOW (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXI, p.* 153-171).

1° L'alcool abaisse la pression artérielle. Cette diminution de pression est due à une diminution de l'excitabilité des centres vaso-moteurs. Elle commence à se manifester très peu de temps après l'ingestion de l'alcool. C'est trente à cinquante minutes après l'ingestion que la pression atteint son minimum.

2° L'alcool ne diminue pas le travail du cœur. La diminution de tension artérielle observée est due à la dilatation des vaisseaux et en particulier des artérioles, des capillaires, des veinules, qui sont largement remplies de sang. Il y a plutôt augmentation que diminution du travail cardiaque. L'hématose pulmonaire n'est pas non plus entravée, les capillaires pulmonaires renfermant une quantité suffisante de sang sans augmentation de pression;

3° L'alcool agit sur les centres vaso-moteurs, mais il respecte complètement le pneumogastrique. A.-F. PLICQUE.

The influence of alcohol on proteid metabolism, par R. H. CHITTENDEN (*The journal of Physiology, XII, p.* 220).

L'influence de l'alcool sur les échanges matériels azotés est encore interprétée de manière très différente. L'auteur reprend la question en étudiant le bilan d'un chien recevant des quantités moyennes d'alcool (1 à 2 grammes par kilog. et par jour). De trois expériences, il conclut que l'alcool n'a pas eu d'effet évident. Il agit comme un aliment non azoté; son oxydation développe une certaine énergie, capable d'épargner les autres matières protéiques et de contribuer ainsi à la conservation des tissus. L'alcool accroît notablement l'excrétion d'acide urique (cent pour cent), alors que l'urée et l'azote total sont diminués. Cet effet résulte d'une action spécifique sur la nutrition. DASTRE.

Remarks on the effect... (Remarques sur les effets du chloroforme sur le centre respiratoire et sur le cœur), par Lewis E. SHORE (*Brit. med. j., p.* 1089, *novembre* 1891).

Dans ses expériences, l'auteur montre que l'application de vapeurs de chloroforme et surtout d'une goutte de chloroforme sur le plancher du quatrième ventricule d'un lapin cause toujours une suspension rapide et complète de la respiration : celle-ci diminue d'étendue et de profondeur sans changer de rythme. Cet effet est souvent précédé d'une excitation passagère du centre respiratoire et du centre vaso-moteur au moment de l'application des gouttes. Une ou deux gouttes suffisent à tuer l'animal.

Ces expériences, confirmées par celles du comité d'Hyderabad, prouvent que le chloroforme peut être administré, jusqu'à complète anesthésie, sans troubler ni la respiration, ni l'énergie ou la régularité des battements du cœur : l'asystolie survient quand le chloroforme est inhalé rapidement, à dose très concentrée. D'où le précepte de donner graduellement le chloroforme, en le mélangeant d'abord avec l'air.

H. R.

L'électricité et l'absorption cutanée, par P. AUBERT (*Lyon méd.*, 4 *septembre* 1892).

D'une série d'expériences bien conduites, Aubert tire les conclusions suivantes :

On peut faire pénétrer à travers l'épiderme intact des substances médicamenteuses avec l'étincelle électrique, le courant continu, les courants d'induction.

Une série d'étincelles positives un peu fortes (appareil Carré) amène la pénétration irrégulière et par petits groupes épars ; avec les étincelles négatives, aucune pénétration ; de même avec les étincelles positives de la bouteille de Leyde, aucun résultat.

Avec le courant continu, la pénétration se produit exclusivement au pôle positif.

Une durée de cinq à dix minutes avec un courant de 10 à 20 milliampères produit une pénétration bien complète.

La rapidité, l'intensité et la durée de l'effet obtenu sont, dans une certaine limite, proportionnelles à la concentration de la solution.

Les meilleurs conducteurs sont l'eau, l'alcool, la glycérine ; l'huile, le sulfure de carbone, le chloroforme sont de mauvais conducteurs.

Les résultats obtenus avec l'étincelle et les courants induits ont un intérêt purement théorique. Le courant continu est le seul qui puisse donner des résultats pratiques au point de vue de la pénétration des médicaments à travers l'épiderme. Il y a lieu cependant d'étudier à ce point de vue les courants sinusoïdes.

A. C.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par MAUREL (*in*-8°, *Fasc.* 5 *et* 6, *Paris*, 1892).

L'auteur pour étudier l'action des substances, fait des solutions titrées, puis étale sur une lame à plusieurs champs et laisse sécher. Il ajoute ensuite le sang. Il a pu ainsi constater que l'action des toxiques sur les leucocytes est assez variable. La strychnine tue les leucocytes de l'homme et des animaux à des doses assez faibles, la mort de l'animal est amenée par la même dose que celle du leucocyte. Par contre le curare, même à la dose qui tue un animal subitement, ne tue pas les leucocytes, ceux-ci survivent en effet à la mort dans cette forme d'empoisonnement. Il en est de même de l'acide cyanhydrique et du cyanure de potassium.

L'atropine présente ceci d'intéressant, c'est qu'elle tue l'animal et le leucocyte à peu près à même dose, après avoir arrêté le mouvement des globules blancs. De même que le lapin mange impunément de la belladone, de même les leucocytes résistent à une dose d'atropine cent fois plus forte que les leucocytes humains. La pilocarpine tue les leucocytes

après les avoir engourdis. Cet engourdissement peut cesser si on élève un peu la température du sang. Si on emploie l'atropine et la pilocarpine aux doses limites de la toxicité respective, ces deux agents se neutralisent. Ce fait semble donc démontrer l'existence d'une action des leucocytes sur le fait de la mort par intoxication de l'individu.

Avec la cocaïne la mort peut arriver de deux manières : par saturation et par embolie. Dans le premier cas il faut de 5 à 10 centigrammes par kilogramme de poids chez l'homme et 50 centigrammes chez le lapin. Si on injecte la cocaïne dans une veine, il suffit pour tuer l'animal d'employer une quantité de toxique pouvant tuer le 100e de ses leucocytes. Dans ce cas les leucocytes morts agiraient comme emboles sur les organes importants de la vie. En effet si on injecte le toxique dans l'artère fémorale, on n'obtient plus ce résultat. C. LUZET.

Action de la strychnine sur les centres psycho-moteurs, par A. FODERA (*Arch. italiennes de biologie, XVII, p.* 477, 1892, *et Archivio per le scienze medich.*, *XVI*, *n°* 10).

La strychnine exalte l'excitabilité de la zone motrice corticale pourvu que le tétanos ne survienne pas. Avec les doses tétanisantes l'excitabilité corticale s'accroît : après les accès tétaniques elle paraît très déprimée ou annulée. Dans l'hyperexcitabilité strychnique de la zone motrice, la délimitation des centres disparaît; toute excitation s'irradie. L'hemiépilepsie exige des courants d'intensité moindre qu'en l'absence de strychnine. (Voy. *R. S. M.*, XL, 486.) DASTRE.

Beobachtungen über die Wirkung der Hydrazine auf Organismen, par R. du BOIS-REYMOND et J. THILO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 31, *p.* 774, 1er *août* 1892).

Les hydrazines, dérivées de la diamide découverte en 1887 par Curtius, mises au contact de la peau, provoquent une éruption prurigineuse. Il en est de même pour tous les dérivés des hydrazines, qui contiennent intact $HAz—AzH^2$, spécialement la tolyl- et la méthyl-hydrazine.

Cette éruption est formée de petites papules pâles, sans rougeur ni tuméfaction de la peau, avant les grattages. Il faut d'ailleurs une prédisposition individuelle, car l'un des deux auteurs n'a pu amener l'éruption même en se frottant la peau avec de la phénylhydrazine, tandis que l'autre y est très sujet. L'éruption reste locale.

En revanche, la phénylhydrazine n'a aucune action bactéricide (expériences sur les spores du bacille des pommes de terre, sur la terre de jardin et sur la poussière de foin). J. B.

L'asaprol, par STACKLER (*France méd.*, *n°* 39, *p.* 609, 1892).

L'asaprol est une poudre blanche, amère, puis un peu sucrée, soluble à parties égales dans l'eau. Il peut être administré à la dose de 2 à 10 grammes par 24 heures (généralement 4 à 6 gr.) sous forme de cachets ou de solution de 1 à 5 0/0. C'est un antithermique, analgésique et antiseptique qui donne d'excellents résultats dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque le salicylate de soude et l'antipyrine ne sont pas supportés. Il n'a pas d'effets fâcheux. Fréquemment il augmente la quantité des urines. LEFLAIVE.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique du butyle-chloral, par ATHANESCU et GRIGORESCU (*C. Rendus de Soc. de biologie*, *p.* 279, 2 *avril* 1892).

Le butyle-chloral est un agent soporifique puissant, mais de courte durée; son action se fait sentir bien plus vite que celle du chloral ethylique, mais elle finit aussi plus vite; il ne produit pas de phénomènes cérébraux, comme le chloral et le chloroforme, mais il paraît être plus irritant pour l'estomac. Les phénomènes cornéens et la paresse des membres postérieurs semblent être des signes précurseurs caractéristiques de l'action du butyle-chloral. DASTRE.

On the value of a new cocabase, par Arthur CHADOURNE (*Brit. med. j.*, *p.* 402, 20 *août* 1892).

Le tropacocaïne a été isolé par Grisel, des feuilles d'une espèce de coca de Java, à petites feuilles : Liebermam a montré qu'il s'agissait de benzoyl pseudo-tropéine.

Chadourne a fait de nombreuses expériences avec ce nouveau produit : les différences qu'il présente avec la cocaïne sont les suivantes. La tropacocaïne est beaucoup moins toxique. Elle agit moins énergiquement sur le muscle cardiaque et ses ganglions moteurs, et ne donne pas lieu à du collapsus. Par contre, ses propriétés anesthésiantes sont plus complètes, plus rapides et plus durables. La mydriase qu'on observe avec la cocaïne fait défaut. Les solutions de tropacocaïne sont légèrement antiseptiques, ce qui permet de les conserver plusieurs mois inaltérées. H. R.

Recherches expérimentales sur l'exalgine, par MOROZOFF (*Dissertation inaugurale, Saint-Pétersbourg*, 1892).

Travail du laboratoire de Popoff. L'auteur, sur les grenouilles, obtient les résultats suivants : l'exalgine, à dose de 0,002, est inoffensive; à la dose de 0,018, elle devient mortelle. Elle arrête ou ralentit les mouvements respiratoires, ainsi que les mouvements volontaires, supprime les réflexes; elle agit donc à la fois sur le cerveau, la moelle et les nerfs; elle ralentit également les battements du cœur d'abord, puis les accélère. Elle donne lieu à des convulsions, à des vomissements et à de la mydriase, et fait tomber momentanément la température.

Morozoff regarde l'exalgine comme un médicament d'une certaine valeur à titre de nervin, mais nul comme antipyrétique. H. R.

Pharmakologische Untersuchungen über Acetone und Acetoxime (Recherches pharmacologiques sur les acétones et les acétoximes), par H. PASCHKIS et F. OBERMAYER (*Monatshefte für Chemie*, *XIII*, *p.* 451-467).

Les auteurs ont étudié l'action physiologique sur la grenouille, le cobaye et le chien, d'un certain nombre d'acétones et d'acétoximes (acétone, acétoxime, diéthylcétone, diéthylcétoxime, méthylnonylcétone, méthylnonylcétoxime, acétophénone, acétophénone-oxime, camphre des laurinées, camphoroxime).

Les acétones présentent, en général, des propriétés physiologiques qui paraissent propres aux radicaux alcooliques entrant dans leur cons-

titution, narcose et diminution de la pression sanguine. Leur activité paraît croître, bien qu'irrégulièrement, avec le poids moléculaire de ces radicaux. Elles se comporteraient, en cela, comme les sulfones, étudiées par Baumann.

Les acétoximes présentent des propriétés analogues à celles des acétones dont elles dérivent ; l'introduction du groupe oxime dans la molécule paraît sans influence notable sur les propriétés physiologiques.

AD. F.

Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Herausgegeben von prof. Kobert, tome VI (*Viertelj. f. geritchtl. Med.*, *II*, 200, *et Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 23, *p.* 562, 6 *juin* 1892).

1° *De quelques substances contenant de la saponine*, par N. Kruskal.

La teneur en saponine s'élève à 8,2 0/0 dans la racine de la saponaire blanche, à 9,5 0/0 dans celle du chamœlirium luteum et à 6,2 0/0 dans les fruits du savonnier des Antilles. Déjà, à l'heure présente, un corps identique à la saponine se trouve dans 29 familles végétales, soit dans 140 espèces de plantes. Aussi le terme de saponine ne représente-t-il plus pharmacologiquement qu'une désignation collective qui devrait être toujours suivie d'un qualificatif indiquant la provenance.

Toutes les substances appartenant au groupe de la saponine sont des poisons généraux du protoplasma et agissant à la fois sur les muscles, sur le cœur, sur les nerfs, sur les vaisseaux. La plus toxique est la saponine levantine, qui a pour formule $C^{17}H^{28}O^{11}$, la moins toxique celle du chamœlirium dont la formule est $C^{18}H^{32}O^{9}$; du reste, Kruskal classe de préférence la chamœlirine parmi les substances amères.

Aucune de ces saponines n'est absorbée par le tube digestif, d'où leur innocuité quand on les ingère. En injections sous-cutanées, ces substances ne sont pas non plus absorbées et provoquent seulement une violente suppuration.

2° *De l'agrostemma githago*, par Kruskal. La fausse nielle des blés contient comme substance de la famille de la saponine, une sapotoxine ayant pour formule $C^{17}H^{28}O^{11}$; la teneur des graines de l'agrostemma en saponine est de 6,2 0/0. Mais, fait très important pour l'hygiène alimentaire, contrairement aux autres saponines, la sapotoxine de la fausse nielle est absorbée par le tube digestif. Or les graines de nielle mélangées à de la farine de seigle servent à faire du pain. Lehmann (*R. S. M.*, XXXI, 74) et Mori ont conseillé de torréfier les farines adultérées avec de la nielle. Kruskal va plus loin ; il veut une loi obligeant les meuniers à employer un procédé de mouture qui enlève non seulement l'enveloppe des semences de nielle, mais aussi leur portion périphérique qui est vénéneuse.

Les chats succombent en quelques heures, au milieu de convulsions à la suite de l'ingestion de 16 centigrammes par kilogr. de leur poids, de farine de nielle ; les lapins semblent réfractaires par la voie stomacale.

La sapotoxine de l'agrostemma est également résorbée par le tissu cellulaire sous-cutané, sans produire d'inflammation locale.

Kobert conclut que pour chaque membre de la série chimique qu'il a établie, on pourra découvrir plusieurs substances ayant non seulement une composition élémentaire absolument la même, mais aussi

toutes leurs réactions identiques et cependant présentant de grandes différences entre elles au point de vue du degré de toxicité (*R. S. M.*. II, 291; XIV, 125; XXIII, 175; XXVII, 480 et XXXII, 87). J. B.

Sull' azione fisiologica della fenocolla, par U. MOSSO et F. FAGGIOLI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 457, *mai* 1892).

La phénocolle a une action antiseptique et antifermentative légère et inférieure à celle de la quinine. Elle ralentit, mais n'empêche pas la digestion artificielle à la dose de 1 0/0 ; elle ne détermine pas dans le sang les altérations graves que produisent le plus grand nombre des antipyrétiques ; les urines ne renferment ni sucre ni albumine, mais du pigment biliaire ; l'activité cardiaque est augmentée et le pouls régularisé; à doses élevées il y a rapidement une paralysie du cœur et un ralentissement de la respiration ; à doses très élevées celle-ci est rare et a le caractère convulsif ; à doses faibles la respiration est moins fréquente et plus ample. La phénocolle abaisse la température fébrile en diminuant les combustions organiques, la proportion d'azote éliminé, et celle d'acide hippurique est diminuée chez le lapin, ainsi que les substances solides de l'urine. Elle apparaît dans les urines vingt minutes après son administration ; son élimination est au maximum au bout de cinq heures, et après six heures il n'en reste plus que des traces dans l'organisme.

GEORGES THIBIERGE.

The action of nicotin on the ciliary ganglion and on the endings of the third cranial nerve, par J. N. LANGLEY et H. K. ANDERSON (*The Journal of physiology, XIII, p.* 460, 1892).

Jegorow a exactement décrit les connexions du ganglion ciliaire. Il reçoit des fibres de la 3e paire, de la 5e et du cervical sympathique. La nicotine paralysant les cellules du type sympathique, il était intéressant d'essayer son action sur le ganglion ciliaire. Voici les résultats : Les fibres de la 3e paire qui vont à l'iris et au muscle ciliaire entrent en connexion avec des cellules nerveuses dans le ganglion ciliaire. Une faible dose de nicotine paralyse momentanément les cellules nerveuses des ganglions ciliaires de manière que les impulsions nerveuses venues par le 3e nerf sont arrêtées. Une grande quantité de nicotine, au contraire, ne parvient point à paralyser les terminaisons des courts nerfs ciliaires dans l'iris et dans le muscle ciliaire. Chez le lapin les phénomènes de la paralysie nicotinique se succèdent dans l'ordre suivant : 1° cellules nerveuses du ganglion ciliaire sur le trajet des filets du sphincter irien et du muscle ciliaire ; 2° cellules nerveuses du ganglion cervical supérieur sur le trajet des dilatateurs pupillaires; 3° terminaisons des 3e, 4e et 6e paire dans les muscles extrinsèques de l'œil. Les terminaisons de la 3e paire dans l'élévateur de la paupière et dans l'extenseur de la paupière nictitante, sont paralysées un peu moins rapidement que celles des muscles extrinsèques ; 4° terminaison dans les muscles innervés par les 5e et 7e paires et en même temps dans tous les muscles squelettiques.

DASTRE.

I. — Sur la toxicité comparée des bromures en injections intra-veineuses, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, 16 *janvier* 1892).

II. — Recherches expérimentales sur l'accumulation du bromure de strontium dans l'organisme, par Ch. FÉRÉ et L. HERBERT (*Ibidem*, 6 *février* 1892).

III. — Sur l'accumulation du bromure de potassium en particulier dans les différentes parties du système nerveux, par Ch. FÉRÉ et HERBERT (*Ibidem*, 20 *février* 1892).

I. — En calculant les doses nécessaires par kilogramme de poids pour tuer un animal, F. arrive à montrer que le bromure de cobalt se place, au point de vue de la toxicité, entre le bromure d'arsenic et le bromure de potassium. Le bromure d'aluminium et le bromure chromeux se placent successivement entre le bromure de nickel et le protobromure de fer.

II. — Chez des lapins recevant chaque jour un gramme de bromure de strontium, on constate après dix jours que l'accumulation de ce sel se fait à peu près de même que pour le bromure de potassium.

III. — Analyses très détaillées montrant les proportions, pour chaque organe, de bromure retenu après un assez long temps de traitement.

A. CARTAZ.

Ueber Ablagerung von Fluorsalzen... (Dépôt de sels de fluor dans l'organisme à la suite de l'ingestion de fluorure de sodium), par TAPPEINER (*München. med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 405, 7 *juin* 1892).

On sait que l'acide fluorhydrique se combine dans l'eau aux sels calcaires, pour former un fluorure de calcium peu soluble. L'auteur fait prendre à un jeune chien de 9 mois 402 grammes de fluorure de sodium, dont 72, 6 sont fixés. Par l'analyse des tissus il en retrouve $64^{gr},64$, dont la presque totalité 59^{gr}, 94 ont été fixés par les os. L'examen histologique de ces os montre que les canaux de Havers contiennent une multitude de petits cristaux brillants, si abondants qu'on se demande s'il reste encore de la place pour les capillaires. Les lacunes de la substance spongieuse sont également pleines de ces cristaux. L'examen cristallographique donne les réactions du fluorure de calcium. Le fluor semble donc ne s'assimiler qu'aux dépens du calcium et tout au moins en partie sous cette forme.

C. LUZET.

Les émulsions d'huile lourde de houille comme succédanées du crésyl, par DELAHOUSSE (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, *XXVI*, *p.* 390).

L'auteur propose comme succédané du crésyl l'huile de houille émulsionnée d'après la formule suivante :

Huile lourde de houille ($d = 1050$ environ)......	5 kilog.
Colophane pulvérisée....	1 —
Lessive de soude ($d = 1,332$)	$0^{kg},600$
Savon vert	1 kilog.

Dissoudre la colophane dans l'huile, soit à une douce chaleur, soit à froid, en agitant fréquemment; ajouter la lessive en mêlant ; incorporer le savon vert, et passer sur une toile.

Le liquide sirupeux ainsi obtenu a l'aspect et l'odeur du crésyl; il donne avec l'eau une émulsion assez stable, qui peut sans inconvénient être chauffée à 60°. Il contient par litre 740 grammes d'huile de houille. Son pouvoir antiseptique est supérieur à celui du crésyl; son pouvoir désodorant est au moins égal. Son prix de revient est de 20 à 30 centimes le kilogramme. AD. F.

Emploi de l'acide picrique pour la détermination des alcaloïdes végétaux en toxicologie, par POPOFF (*Annales d'hyg. publ., XXVI, p.* 81, *juillet* 1891).

L'acide picrique n'est guère employé qu'à titre de réactif général en ce qui touche la recherche des alcaloïdes, bien qu'il donne avec la plupart d'entre eux des précipités plus ou moins insolubles. Popoff s'est proposé de voir jusqu'à quel point l'examen des formes cristallines des composés obtenus pourrait servir, sinon à déterminer rigoureusement les alcaloïdes, du moins à établir des caractères distinctifs de quelque précision. L'emploi de l'acide picrique permet de subdiviser les alcaloïdes en trois groupes : 1° ceux qui ne précipitent pas ou difficilement, dans les conditions ordinaires de concentration (digitaline, muscarine, convallamarine, cicutine, colchicine, strophantine, méconine, caféine); 2° ceux qui précipitent et ne cristallisent pas (narcotine, narcéine, delphine, quinine, aconitine, apomorphine, émétine, aspidospermine, etc.); 3° ceux qui précipitent et cristallisent. Dans ce dernier groupe, l'aspect et le mode d'assemblage des cristaux sont souvent assez typiques pour faire soupçonner avec beaucoup de vraisemblance la nature de l'alcaloïde cherché. La strychnine donne des tablettes rhomboïdales, en général avec une diagonale noire; d'ordinaire, ces tablettes se superposent partiellement, leurs grands axes étant sur une même ligne ; il en résulte de grands cristaux en dents de scie. La nicotine fournit des prismes rectangulaires très allongés, accolés les uns aux autres, de manière à former des filaments courbes. La cocaïne cristallise en aiguilles assez épaisses, disposées en plumeau ou en éventail. La brucine forme des prismes courts et épais; l'atropine, des tables minces, carrées ou rectangulaires, de dimensions très variées. La pilocarpine cristallise en longues aiguilles avec ramifications ressemblant parfois (quand la cristallisation est rapide) au picrate de cocaïne. La morphine produit des tablettes allongées, quelquefois dentelées à leurs extrémités, disposées autour d'un point central et différant de celles du picrate d'atropine par leur plus grande longueur et leur mode de groupement, etc.

La grandeur des cristaux varie naturellement selon les conditions de l'expérience; mais, pour un même alcaloïde, la forme et les modes de gonflement restent à peu près constants, que la solution soit neutre, alcaline ou acide.

Les causes d'erreur peuvent tenir soit à de l'acide picrique en excès qui cristallise, soit à la présence de ptomaïnes fournissant des picrates cristallisables. Popoff étudie les moyens de se mettre à l'abri de ces erreurs. Son mémoire est accompagné de figures reproduisant les formes cristallines des alcaloïdes examinés ainsi que des ptomaïnes. J. B.

Zwei Physostigminvergiftungen, par LEIBHOLZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med., III, p.* 284, *avril* 1892).

Deux jeunes filles de 18 et de 24 ans s'emparent d'un flacon contenant 10 centigrammes de sulfate d'ésérine qu'elles font fondre dans un pot d'eau qu'elles avalent à elles deux. Durant la première demi-heure, aucun trouble morbide, puis malaise suivi de perte de la connaissance, de vomissements répétés, de violentes douleurs à l'épigastre et au bas-ventre.

Deux heures après l'empoisonnement, la plus jeune des malades, qui a vomi la première, a repris connaissance; l'autre ne reprend connaissance qu'une demi-heure plus tard. Toutes deux rejettent tous les liquides, ont le pouls plein, très tendu, battant 60 fois par minute, la respiration accélérée, superficielle, suspirieuse, les pupilles *dilatées* au maximum et ne réagissant pas à la lumière. La mydriase et la paresse des pupilles persistèrent plusieurs jours, mais la guérison fut complète et rapide.

Chacune de ces filles avait donc absorbé 5 centigrammes de physostigmine, soit 50 fois plus que la dose maxima. Leur guérison ne peut s'expliquer que par la double circonstance de la dilution du poison et de son ingestion, tout de suite après manger.

Sur 10 cas d'empoisonnement par la fève de Calabar, où l'état des pupilles est signalé, il y en a 3 où les pupilles n'étaient pas rétrécies; mais dans aucune on ne mentionne leur dilatation complète. J. B.

Sextuple empoisonnement par l'aconitine, par LHÔTE et VIBERT (*Annales d'hyg. publ., XXVII, p.* 344 *et* 385, *avril et mai* 1892).

Cet empoisonnement a été occasionné par une bouteille de vin, achetée comme vin de quinquina au malaga. Six personnes ont bu, à des dates diverses, de cette bouteille : trois ont été malades, plus ou moins gravement; trois autres ont succombé.

Toutes ces personnes ont accusé d'abord des troubles de la sensibilité: des picotements, des fourmillements, siégeant surtout aux lèvres, à la langue et à la face. Il leur semblait que leur tête devenait énorme. Les autres symptômes ont consisté en défaillances, tendances aux syncopes, sensation de froid intérieur. Cinq sur six ont eu des vomissements. Aucune n'a eu de convulsions, ni de délire.

Les expériences faites sur les animaux ont confirmé les experts dans l'opinion que le vin saisi renfermait de l'aconitine. L'animal mâchonne, se pourlèche les lèvres, porte les pattes au museau ou jusque dans la bouche, tous mouvements motivés très vraisemblablement par la sensation de picotement et d'engourdissement des lèvres que l'homme accuse en pareil cas. Les efforts de vomissements ou de hoquets, le trouble de la démarche, l'insensibilité des membres postérieurs, le désordre de la respiration, les convulsions, la conservation de la connaissance complètent le tableau et forment un ensemble assez spécial. Ce tableau a été observé aussi bien chez les animaux auxquels on a administré le vin saisi, que chez ceux empoisonnés comparativement avec l'aconitine.

L'analyse chimique a montré que le vin saisi ne contenait pas de quinine. On peut donc supposer que la teinture de quinquina a été remplacée par l'alcoolature de racines d'aconit. Le vin aurait contenu ainsi 5 0/0 d'alcoolature d'aconit, et, par conséquent, un verre à liqueur (25 centimètres cubes), 1gr,25, soit 75 gouttes.

Il n'a pas été possible, en expérimentant sur les animaux, de caractériser l'aconitine dans les extraits des viscères des trois victimes. (*R. S. M.*, I, 264 et 838; II, 816 et 857; VI, 238; VII, 538; XIV, 127; XXIII, 76 et 444; XXIV, 95; XXVI, 55; XXVII, 65.) J. B.

Intoxication durch Perubalsam, par LOHAUS (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 130, 8 *février* 1892).

Ce mécanisme d'empoisonnement des nourrissons ne paraît pas encore avoir été signalé, bien que l'usage du baume du Pérou soit préconisé par les sages-femmes pour éviter la formation des gerçures du mamelon.

Enfant de 6 jours qui vient d'avoir des convulsions. Il est encore très agité, crie et est couvert de sueurs. Il prenait d'autant plus fréquemment le sein que sa mère essayait ainsi de le calmer. Celle-ci, après chaque tétée, enduit ses seins de baume du Pérou, et se borne à les essuyer avant de redonner à téter. Les selles de l'enfant sont diarrhéiques, vertes et mêlées de mucosités brunâtres. Depuis le matin, l'enfant refuse le sein. L'agitation persiste la nuit suivante. Le lendemain, peau toujours couverte de sueurs, gémissements anxieux, cyanose des lèvres; la bouche laisse écouler des mucosités d'un brun sale, d'odeur é hérée spéciale. Petitesse extrême du pouls; pupilles très étroites. Malgré la médication, dans le cours de la journée, les symptômes s'aggravent, la déglutition devient impossible, il survient des convulsions cloniques des membres, et l'enfant succombe le soir, sans autopsie (*R. S. M.*, XXIV, 569). J. B.

Tœdtliche Benzinvergiftung, par F. FALK (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw.*, 3ᵉ *série*, *III*, *p.* 399, *avril* 1892).

Garçon, âgé de 23 mois, après avoir avalé une gorgée de benzine, a des convulsions oculaires et meurt au bout de 10 minutes, malgré l'administration de lait et d'un lavage stomacal qui avait ramené des matières ayant l'odeur de la benzine.

Autopsie négative, sauf une odeur faible de benzine à l'ouverture de la cavité abdominale. L'analyse chimique ne décela de la benzine que dans les matières retirées de l'estomac par le lavage et dans le contenu de cet organe. J. B.

Three cases of acute mania from inhaling carbon bisulphide, par PETERSON (*Boston medical Journal*, 6 *octobre* 1892).

1° S..., 27 ans, entre à l'hospice pour des accidents de manie aiguë. Il refuse de répondre à aucune question; il semble fort préoccupé; se déshabille complètement, se couche sur le plancher, puis se rhabille et recommence continuellement les mêmes manœuvres. Incoherent, violent, refusant la nourriture (gavage avec le tube). En septembre 1888, le malade est entièrement rétabli. Cet homme travaillait dans une manufacture de caoutchouc, ainsi que son camarade

2° K..., 33 ans, déprimé, hypochondriaque, croit qu'il est atteint de phtisie et qu'il va succomber étouffé; a cherché à se couper la gorge; croit qu'il a une noix dans le crâne. Il a une continuelle sensation d'étouffement; croit qu'il n'a plus ni langue, ni lèvres, ni poumons. Après une année de séjour à l'asile, il est complètement guéri.

3° B..., 31 ans, camarade des deux premiers dans la manufacture de caoutchouc. Très excité, violent, incohé ent, ne dort qu'av c des calmants. Tous les phénomènes s'amendent dans l'espace de deux mois. Guérison complète.

Dans aucun de ces trois cas, on ne trouve de tare héréditaire : aliénation mentale ou nervosisme. CART.

Beiträge zur Kenntniss der Schwefelkohlenstoff-Vergiftung (Contribution à l'étude de l'empoisonnement par le sulfure de carbone), par A. WESTBERG (*Zeitschrift für analytische Chemie*, XXXI, 484).

Le sulfure de carbone, quelle que soit la façon dont il est introduit dans l'organisme, provoque à la longue une intoxication, qui se manifeste notamment par la destruction des globules rouges avec formation de méthémoglobine. L'acide xanthogénique, qui se dédouble dans l'organisme en alcool et sulfure de carbone, se comporte de la même façon.

Pour rechercher le sulfure de carbone dans les cas d'intoxication chronique, on recueille 12 à 15 centimètres cubes de sang, qu'on additionne de son demi-volume d'eau distillée, et qu'on soumet immédiatement à la distillation sous pression réduite, dans un courant de gaz carbonique ou d'hydrogène. On caractérise le sulfure de carbone dans le produit de la distillation à l'aide d'une des réactions suivantes : 1° On chauffe le liquide pendant quelque temps avec de l'ammoniaque alcoolique ; on convertit ainsi le sulfure de carbone en sulfocyanate d'ammonium, donnant avec le chlorure ferrique une coloration rouge encore visible pour une quantité de $1^{mg},05$ de sulfure ; 2° on additionne le produit de quelques gouttes de potasse alcoolique à 8 0/0 et on évapore à froid dans le vide ; le xanthate de potassium ainsi formé donne par addition d'acide sulfurique et de molybdate d'ammonium une coloration rouge encore perceptible pour $0^{mg},6674$ de sulfure ; 3° enfin, le produit agité avec une solution éthérée de triéthyphosphine donne la combinaison cristallisée $P(C^2H^5)^3CS^2$ découverte par Hofmann, qui peut être recueillie et pesée si le sulfure de carbone est suffisamment abondant, et dont la formation est encore manifeste avec une quantité de sulfure s'élevant à $0^{mg},5434$.

AD. F.

Fall von Haemoglobinurie nach Arsenwasserstoffvergiftung, par STORCH (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 469, 9 *mai* 1892).

Sur un ouvrier chargé de réparer un ballon captif, Storch a observé une intoxication par l'hydrogène arsénié : coma, couleur rouge écrevisse des téguments ; urines noires ; éructations très fétides, nausées et céphalalgie. Les symptômes disparurent graduellement. On put évaluer à 150 grammes la quantité d'hémoglobine éliminée.

J. B.

Recherches expérimentales sur la gastro-entérite mercurielle, par de MICHELE (*Rivista clinica e tereupeutica*, n° 2, p. 79, 1892).

De Michele ayant constaté des dyspepsies rebelles chez des individus qui, à une époque plus ou moins lointaine, avaient été soumis au traitement mercuriel, a remarqué que quelques-uns d'entre eux n'avaient pris aucune préparation mercurielle, mais avaient seulement subi des injections sous-cutanées de sublimé. Il s'est alors proposé de rechercher en quoi consistent les altérations du tube digestif déterminées par le mercure, et quelles sont les préparations mercurielles et le mode d'administration de ces préparations qui exposent le moins aux lésions de l'appareil digestif. Dans ce but, il a fait chez les cobayes des injections sous-cutanées de succinimide mercurique, d'albuminate de mercure. de calomel, et fait

absorber à ces animaux par la voie buccale du protoiodure, de la liqueur de Van Swieten, du tannate de mercure, de l'albuminate de mercure, etc. Il est arrivé aux conclusions suivantes : les traitements les plus compromettants pour l'intégrité du tube digestif sont : 1° le sublimé et le protoiodure administrés par la voie gastrique; 2° les injections de sublimé et de succinimide mercurique ; 3° celles d'albuminate. Les moins nuisibles, au contraire, sont : 1° les injections de calomel (méthode de Scarenzio); 2° l'albuminate et le tannate de mercure.

Les lésions déterminées par les préparations mercurielles consistent en destruction partielle de l'extrémité supérieure des glandes, en érosions autour desquelles s'amasse une petite quantité de leucocytes, enfin en la présence dans le protoplasma des cellules glandulaires d'un nombre variable de granulations, plus ou moins réfringentes. Ces granulations sont de nature graisseuse; elles constituent l'altération principale, de sorte que l'on peut considérer la gastro-entérite consécutive à l'administration prolongée des préparations mercurielles comme essentiellement représentée par une dégénérescence graisseuse des cellules glandulaires sans inflammation concomitante. G. LYON.

Sulle alterazioni anatomiche nell' avvelenamento da sublimato, par A. CALANTONI (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e di naturalisti, p.* 441, 1891, *et p.* 1, 1892).

Le sublimé s'élimine en grande partie par le rein et aussi par l'intestin et provoque dans ces organes des altérations nécrotiques.

Les lésions rénales, dans les empoisonnements suraigus aboutissant à la mort en peu d'heures avec des phénomènes de collapsus intense, sont nulles, à l'exception de petites hémorragies dans le tissu interstitiel; si la vie se prolonge un peu plus longtemps (5 à 10 heures), l'épithélium de la substance corticale devient un peu trouble; son noyau s'altère dans les empoisonnements plus lents, il y a une nécrose en foyers de l'épithélium généralement plus accusée dans les tubes contournés que dans les tubes droits, mais n'intéressant presque jamais la substance médullaire; la nécrose est la lésion la plus constante et peut exister seule sans qu'on puisse cliniquement ou anatomiquement constater aucune lésion inflammatoire. Dans un quart environ des empoisonnements subaigus chez l'homme et constamment chez le lapin, il se fait un dépôt de chaux qui débute dans l'épithélium des tubes contournés, 18 à 20 heures après l'absorption du sublimé, et qui s'étend ensuite aux tubes droits de la substance corticale : il s'agit d'une calcification des éléments en particulier et non d'une sécrétion de chaux par les reins par suite de la décalcification aiguë des os ou de modifications dans le pouvoir de diffusion du filtre rénal.

Dans l'intestin, les altérations caractéristiques se limitent le plus souvent au gros intestin et se réduisent à une forte hyperémie, à des hémorragies et à la nécrose de la muqueuse au sommet des plis, présentant les caractères du processus diphtéritique. Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, il n'y a aucun rapport entre l'intensité des lésions rénales et celles des lésions intestinales.

Ces lésions ne sont pas spéciales à l'empoisonnement par le sublimé

qui ne peut, par suite, être reconnu à l'autopsie d'une manière certaine, ni souvent même avec probabilité. GEORGES THIBIERGE.

Intoxication saturnine. Lésions de la moelle et des nerfs périphériques, par Edward FISHER (*Amer. j. of the med. sc., p.* 51, *juillet* 1892).

A.-E., peintre, depuis l'âge de 13 ans; a eu une première attaque de colique de plomb à 22 ans, avec une légère paralysie des bras. Deux années plus tard, deuxième attaque; et depuis, plusieurs autres. Depuis deux ans les mains se sont peu à peu paralysées, actuellement il ne peut plus tenir son pinceau. Mal de Bright concomitant.

Au bout de 10 mois, mort des suites de la néphrite interstitielle.

Autopsie. — Hypertrophie du cœur. Néphrite interstitielle. Cerveau normal. Artères scléreuses. Dégénérescence notable des nerfs périphériques.

La moelle à la partie supérieure dorsale montre une atrophie des cornes antérieures surtout d'un côté et du côté aussi des cordons antéro-latéraux.

Dans certains points, sclérose des cordons de Goll et aussi des cordons de Lissauer, avec épaississement des méninges et des vaisseaux.

Dans la substance des cornes antérieures gauches il y avait une lacune, indiquant une perte de substance, probablement augmentée artificiellement au moment de l'examen. Les racines nerveuses antérieures sont dégénérées. Ces lésions ne sont pas étendues, mais étaient certainement en voie de progression. F. VERCHÈRE.

Origine tellurique du poison des flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides, par LE DANTEC (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 *avril* 1892).

D'après Le Dantec, qui a déjà reconnu que le poison des flèches, en Nouvelle-Calédonie, provient de la terre des marais, celui des flèches employées par les naturels des Nouvelles-Hébrides a la même origine. Cette terre contient deux microbes pathogènes le vibrion septique et le bacille du tétanos. Avec les flèches anciennes, il ne reste souvent sur elles que ce dernier bacille, d'où l'inoculation tétanique; avec les flèches récentes le vibrion septique tue rapidement, avant que le bacille de Nicolaïer ait eu le temps d'agir. Le cheval étant inconnu dans l'archipel des Nouvelles-Hébrides, la théorie équine du tétanos devient inadmissible. OZENNE.

THÉRAPEUTIQUE.

Leçons de thérapeutique (4e série), par Georges HAYEM (*In-8° de* 806 *pages, Paris*, 1892).

Les recherches entreprises depuis une quinzaine d'années sur le chimisme stomacal, et tout particulièrement celles de Hayem et Winter, ont substitué à la classification empirique des dyspepsies, en cours jusqu'ici, une classification rationnelle appuyée sur des données précises. Il manquait à ces recherches une consécration pratique; le livre de

Hayem satisfera pleinement ceux qui réclamaient les applications thérapeutiques des nouvelles théories. La classification chimique de Hayem ayant été déjà exposée dans la « Revue », nous ne retiendrons de la première moitié du livre, consacrée à l'étude chimique des dyspepsies, que les parties encore inédites. Dans celle qui est relative à la pathogénie des dyspepsies, Hayem discute la part que prennent les microbes dans le développement des dyspepsies. La flore microbienne est pauvre chez les hypopeptiques et les apeptiques; on trouve chez eux le plus souvent le bacterium coli, mais dépourvu de virulence. Dans l'hyperpepsie et l'hyperchlorhydrie les microbes trouvés dans l'estomac sont nombreux et variés ; ils liquéfient rapidement la gélatine et possèdent un pouvoir d'alcalinisation remarquable. C'est dans les formes les plus accentuées des déviations chimiques que l'on trouverait les microbes les plus actifs et les plus nombreux.

En ce qui concerne la pathogénie de l'ulcère, Hayem confirme le rôle prépondérant que l'on a attribué à l'hyperchlorhydrie, mais il fait observer que cette complication semble liée non seulement à l'excès d'acide chlorhydrique, mais aussi au développement de fermentations anormales, surtout de la fermentation acétique. Voici d'ailleurs la théorie très ingénieuse émise par Hayem pour expliquer la pathogénie de l'ulcère : par suite du retard des digestions habituel chez les hyperpeptiques chlorhydriques, il reste dans l'estomac une certaine quantité de résidus alimentaires, d'une forte acidité, au sein desquels se développent des produits irritants, notamment de l'acide acétique. Ces résidus forment une sorte de culot qui vient stagner dans un point toujours le même de l'estomac vide, où il détermine une inflammation localisée nécrobiotique. Ce point est habituellement situé à la face postérieure près de la petite courbure ou bien encore dans le voisinage du pylore, parce que, pendant la nuit, en raison du décubitus dorsal ou du décubitus latéral droit, le culot résiduel vient stagner au niveau de l'un de ces points d'élection. Parmi les causes de gastrite, Hayem signale particulièrement le tabac. Chez les fumeurs de cigarettes qui respirent la fumée, il a constaté la production d'un état hypopeptique intense ou même d'un état apeptique (ainsi sur 7 hommes apeptiques il compte 6 cas de tabagisme). Hayem fait une large part à la gastrite médicamenteuse; le fer, les médicaments employés contre la syphilis, la blennorrhagie, la tuberculose, les agents de l'antisepsie intestinale sont des facteurs de gastrite; ainsi le copahu, le cubèbe conduisent assez vite à l'hypopepsie, l'iodure à hautes doses mène au contraire à l'hyperpepsie, etc. Les troubles digestifs des chlorotiques (qui revêtent le plus souvent le type hyperpeptique) sont dus, pour une certaine part, à l'abus des préparations martiales et des toniques.

Dans la tuberculose pulmonaire, les troubles digestifs observés se répartissent à peu près également entre l'hyperpepsie et l'hypopepsie. Il y a d'ailleurs coïncidence de fermentations anormales avec l'un et l'autre type (26 fois sur 28). Les types hyperpeptiques coïncident, d'une manière générale, avec la tuberculose au début, les types hypopeptiques avec la tuberculose avancée.

La question si controversée de la dyspepsie nerveuse est l'objet d'une fort intéressante discussion ; sans nier l'origine nerveuse d'un certain

nombre de cas d'hyperpepsie, Hayem ne croit pas à l'existence d'une forme spéciale de dyspepsie, méritant le nom de dyspepsie nerveuse, et ne s'accompagnant pas de troubles chimiques. Sur 39 malades hystériques ou neurasthéniques, il a trouvé, une seule fois, un chimisme tout à fait normal; on observe indifféremment les divers types chimiques (les types hypopeptiques étant cependant un peu plus fréquents).

D'ailleurs on trouve souvent, chez ces malades, une cause d'irritation directe de l'estomac (alimentation défectueuse, abus de boissons alcooliques, etc.)

L'étude anatomo-pathologique de la gastrite a conduit Hayem à distinguer un certain nombre de variétés qui paraissent en rapport avec les types chimiques. Il distingue une gastrite interstitielle et une gastrite parenchymateuse, cette dernière comprenant elle-même deux formes : la *gastrite parenchymateuse hyperpeptique* et la *gastrite parenchymateuse muqueuse*. Dans la première, les cellules principales disparaissent tandis que les cellules de revêtement persistent ou même se multiplient; dans l'autre, on observe au contraire une tendance à la disparition complète des cellules de bordure et au remplacement de ces éléments et même des cellules principales par des cellules cylindriques. Les types chimiques seraient l'expression même de ces diverses lésions. A la gastrite parenchymateuse hyperpeptique correspondent les diverses variétés d'hyperpepsie avec ou sans gastrorrhée.

Cet état semble avoir pour substratum anatomique une lésion irritative des cellules de bordure. La gastrite parenchymateuse muqueuse correspond à l'apepsie plus ou moins absolue. Dans les formes interstitielles de la gastrite conduisant à l'atrophie des glandes, on constate une hypopepsie plus ou moins accentuée ou même de l'apepsie.

La partie thérapeutique est précédée de l'étude des aliments et des régimes. Après avoir étudié le lait, Hayem consacre quelques pages au képhir, qu'il considère comme un aliment et un médicament de premier ordre; dans l'apepsie et l'hypopepsie intense la médication képhirique est celle qui réussit le mieux à accroître l'acidité.

Le képhir est indiqué spécialement dans les cas compliqués de diarrhée.

En ce qui concerne la médication alcaline, Hayem confirme les données générales que l'on possédait déjà sur l'action du bicarbonate de soude, les hypopeptiques doivent prendre les alcalins à jeun et à petite dose ; les hyperpeptiques, au contraire, ont besoin de très hautes doses administrées aux repas ou pendant le cours des digestions.

L'action générale des acides sur l'estomac serait à peu près nulle ; l'acide chlorhydrique peut être prescrit dans l'hypopepsie avec sécrétion chlorurée faible et production insuffisante d'acide chlorhydrique actif.

Le sulfate de soude à fortes doses (4 à 6 gr.) est fort utile dans les cas d'hyperpepsie ; Hayem le prescrit le matin à jeun, dissous dans un quart de verre d'eau tiède.

On ne doit pas faire abus de cette médication qui peut à la longue amener une altération de la muqueuse stomacale et conduire à l'apepsie.

Le phosphate de soude est également un médicament dont Hayem met en relief la valeur; à petites doses (1-2 gr.), il convient aux hypo-

peptiques; à fortes doses (4 à 6 gr.) il est indiqué dans l'hyperpepsie chlorhydrique. On l'administre au moment des repas. Dans la dyspepsie hypopeptique des chlorotiques, l'association du phosphate de soude au fer, à parties égales, assure la tolérance de la préparation ferrugineuse.

Hayem se montre assez réservé sur l'emploi des antiseptiques gastro-intestinaux. Ceux-ci, en effet, dans la majorité des cas, sont des agents capables d'influencer d'une manière très notable le processus digestif; ainsi les naphtols déterminent une excitation stomacale marquée se traduisant par une augmentation de la chlorurie et presque toujours de la chlorhydrie, ils sont absolument contre-indiqués dans l'hyperpepsie. Leur indication ne peut être considérée comme corrélative de la dilatation, puisque celle-ci est plus fréquente encore chez les hyperpeptiques que chez les hypopeptiques.

Le chapitre consacré au lavage de l'estomac est particulièrement intéressant. Hayem montre qu'à côté des effets mécaniques déterminés par le lavage, il existe des effets médicamenteux variant sensiblement suivant la nature du médicament dissous dans l'eau. Dans les diverses formes d'hyperpepsie, Hayem emploie l'acide salicylique à 1 0/00, ou, si les douleurs sont très fortes, le bicarbonate de soude en solution forte à 20 ou 30 0/00, ou bien encore la solution de nitrate d'argent à 1 0/00.

Dans l'hypopepsie avec fermentation, le benzoate de soude (2, 5 à 5 0/00) est particulièrement indiqué.

Les eaux minérales utilisables dans les dyspepsies sont passées en revue et leurs indications précisées avec le plus grand soin.

Après avoir étudié les diverses médications, Hayem formule le traitement des divers types chimiques admis par lui : les formes légères de l'hyperpepsie sont justiciables surtout d'une bonne hygiène générale, du séjour au grand air, de l'hydrothérapie. Les formes intenses nécessitent la réglementation minutieuse du régime alimentaire (régimes progressifs de Leube, les lavages de l'estomac, et comme médicaments les alcalins, le phosphate de soude à dose assez élevée et le sulfate de soude à dose également assez forte; encore ne faut-il pas trop compter sur l'action médicamenteuse; le régime lacté est indispensable dans l'hyperchlorhydrie d'emblée et dans l'ulcère.

Dans l'hypopepsie, aussi bien que dans l'hyperpepsie, il faut imposer à l'estomac le minimum de travail possible. La médication consiste pour l'hypopepsie des deux premiers degrés dans le régime lacté, pour l'hypopepsie du troisième degré dans le régime képhirique.

L'étude des médications de la dyspnée et de la toux, de la médication de l'albuminurie et de l'anémie, celle de la médication antisudorale complètent l'ouvrage.

Hayem n'admet guère l'existence de l'albuminurie physiologique; il attire l'attention sur la fréquence de l'albuminurie à la suite de troubles gastriques prolongés ; il pense que le mal de Bright peut être, au moins dans certains cas, la conséquence d'une digestion gastrique défectueuse.

L'analyse forcément incomplète que nous venons de faire, ne peut donner une idée suffisante de la haute valeur de cet ouvrage, qui s'appuie sur un nombre considérable de recherches.

L'action de chaque médicament a été soumise au contrôle des analyses du suc gastrique, ce qui jusqu'alors n'avait pas été fait, aussi est-il légitime de dire que le livre de Hayem constitue, à l'heure actuelle, le seul travail où les affections de l'estomac et leur traitement soient scientifiquement étudiés. G. LYON.

Manuele di farmacologia clinica (materia medica e terapeutica), par Arnaldo CANTANI (2e *édition, Milan*, 1892).

Cet ouvrage en 5 volumes in-8° est certainement le traité le plus complet sur la matière. On peut même lui reprocher d'être trop étendu et de contenir sur nombre de médicaments des renseignements qui ont vieilli et qui n'offrent plus qu'un intérêt historique. L'ordre suivi est essentiellement fondé sur les propriétés chimiques des médicaments. Chacun de ceux-ci est étudié successivement au point de vue physiologique et clinique, puis au point de vue pharmaceutique. Un tel ouvrage échappe à l'analyse. Nous ne pouvons qu'en signaler l'incontestable utilité. G. H.

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie, par MŒLLER (*Bruxelles et Paris*, 1892).

Sous une forme condensée, cet ouvrage contient une étude de la plupart des eaux minérales et des stations climatériques. Il est divisé en 3 parties. La première est consacrée à la description des effets physiologiques des eaux minérales et des climats; la seconde est une liste par ordre alphabétique des principales villes d'eaux et stations climatériques; on y trouve des renseignements pratiques sur chacune de ces villes, mais malheureusement les renseignements scientifiques y sont trop écourtés. Enfin la troisième partie est un répertoire des principales maladies justiciables du traitement hydro-minéral et climatérique et des moyens de remplir à l'aide de ce traitement les principales indications qu'elles suscitent. G. H.

La pratique de l'antisepsie dans les maladies contagieuses et en particulier dans la tuberculose, par Ch. BURLUREAUX (1 *vol. in*-16 *de* 274 *p., Paris*, 1892).

L'auteur expose dans ce volume non pas le résumé de connaissances acquises par la lecture des auteurs, mais le résultat de ses recherches personnelles sur l'application de l'antisepsie au traitement des maladies contagieuses. Il divise les maladies contagieuses, au point de vue de leur mode de transmission et de contagion et de leur traitement antiseptique, en sept groupes : le premier comprend les maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est la seule rationnelle (bouton de Biskra, chancre mou, stomatite ulcéro-membraneuse); le deuxième, celles contre lesquelles la thérapeutique locale est le plus souvent insuffisante (blennorrhagie, anthrax, furonculose); le troisième, celles qui deviennent très rapidement générales, mais dont la porte d'entrée doit être surveillée aussi longtemps que dure la maladie (charbon, diphtérie, angine phlegmoneuse, angine scarlatineuse, angine de la fièvre typhoïde, érysipèle, affections puerpérales, métrite, gangrène gazeuse, fièvre typhoïde, dy-

senterie et choléra); le quatrième, celles contre lesquelles la thérapeutique locale n'est suffisante que pendant un délai très court (tétanos, rage, morve); le cinquième, celles dont la porte d'entrée est parfois, mais exceptionnellement accessible (tuberculose, cancer); le sixième, celles dont la porte d'entrée est connue mais inaccessible et contre lesquelles on ne peut, par conséquent, diriger aucune intervention locale (syphilis, variole); le septième, celles dont la porte d'entrée est non seulement inaccessible mais encore inconnue, dont la généralisation est immédiate et contre lesquelles il n'y a pas à songer à faire le moindre traitement local (varicelle, rougeole, scarlatine, etc.). Le chapitre le plus important est consacré à la tuberculose et surtout à son traitement par les injections d'huile créosotée. Les divisions précédentes montrent suffisamment dans quel esprit le livre a été conçu. A propos de chaque affection, l'auteur résume sa pratique et ses résultats. GEORGES THIBIERGE.

I. — Die Behandlung der Cholera zu Hamburg (Traitement du choléra à l'hôpital général de Hambourg), par RUMPF (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, *p.* 877, 1892).

II. — Traitement du choléra; discussion à la Société médicale de Hambourg (20 septembre et 14 octobre), par SCHEDE, RUMPF, LAUENSTEIN, LEUDESDORF, FRÄNKEL, KÜMMELL, JOLASSE, RATJEN et SIMMONDS (*Ibidem*, n° 40).

III. — Subcutane Infusionen bei Cholera, par J. MICHAEL (*Ibidem*, n° 39, *p.* 882, 1892).

IV. — Ueber die nothwendige Continuität der subcutanen Injectionen, par SAMUEL (*Ibidem*, n° 39, *p.* 881, 1892).

V. — Combinirte Infusions-und Schwitzcur, par ZIPPEL (*Ibidem*, n° 42, *p.* 956, 1892).

VI. — Ein therapeutischer Vorschlag... (Traitement proposé pour le choléra foudroyant), par SAMTER (*Ibidem*, n° 38, *p.* 860, 1892).

VII. — Ueber die arterielle centrale Kochsalztransfusion, par O. SILBERMANN (*Ibidem*, n° 36, *p.* 816).

VIII. — Die Desinfection des Choleraausleerungen mit Kalkmilch (Désinfection des déjections cholériques par le lait de chaux), par PFUHL (*Ibidem*, n° 39, *p.* 879).

I. — Dans les premiers cas de choléra à allures rapides de Hambourg, on a souvent noté la rareté des évacuations alvines et des vomissements. Rumpf place l'exanthème morbilliforme ou pseudo-ortié dans le second septénaire, sans préciser le jour; cet exanthème peut être apyrétique ou s'accompagner de fièvre légère. Il décrit l'état typhoïde secondaire, lequel se caractérise par la fièvre continue ou intermittente, l'accélération du pouls sans dicrotisme, l'absence de tuméfaction de la rate. Cet état se juge par une *rapide défervescence* dans les cas favorables, mais il peut être suivi de coma et de symptômes congestifs.

Quand les symptômes de congestion cérébrale doivent apparaître, ils sont souvent précédés de signes de néphrite : albuminurie, cylindres, etc.

Rumpf a constaté l'inefficacité du salol et de la créoline, employés

comme antiseptiques intestinaux. La créosote provoque des vomissements; elle dessèche la bouche et la gorge. L'acide chlorhydrique et l'acide lactique n'ont pas eu d'effet appréciable, non plus que le crésol. Quant à l'eau chlorée, elle a paru nuisible.

Les grandes injections rectales de solution de tannin d'après Cantani, ont été sans influence sur les cas rapides et graves. Elles peuvent réussir dans les cas légers, et à une période avancée de la maladie.

En résumé, il n'y a pas avantage à rechercher la désinfection de l'intestin.

Les injections sous-cutanées d'éther salolé et aussi d'acide sulfurique mélangé à la morphine ont échoué.

Le calomel a été prescrit à la dose de 0,002 à 0,30 centigrammes toutes les deux heures; on donnait souvent du chlorhydrate de cocaïne pour les faire tolérer par l'estomac. Le calomel a mieux réussi que les autres remèdes. Dans un cas cependant, l'auteur l'a vu provoquer la côlite mercurielle.

Les bains chauds ont élevé la température des malades de 34° à 36° R. On les renouvelait dès que la température baissait. Les bains calmaient la dyspnée et relevaient le pouls.

Café chaud, thé, vin, champagne, injections d'huile camphrée pour tonifier les malades.

Injections de morphine contre les coliques et les crampes.

L'opium a paru nuisible.

Après avoir pratiqué pendant quelque temps, dans les cas graves, les transfusions sous-cutanées, soit à l'aide de l'appareil de Dieulafoy, soit avec un irrigateur (un litre au plus), Rumpf a considéré comme beaucoup plus efficace la transfusion intra-veineuse. Il l'a faite au stade d'algidité avec suppression du pouls radial, et seulement dans les cas où la médication ordinaire avait échoué. La solution salée était maintenue à 42° C.

La transfusion intra-veineuse a été répétée souvent deux, trois et quatre fois.

On a ajouté parfois à la solution salée à 0,6 0/0 divers médicaments, de l'eau oxygénée par exemple, sans résultat appréciable.

L'émission d'urine consécutive est un signe favorable, mais ce n'est pas une garantie de guérison.

La proportion des succès définitifs de la transfusion intra-veineuse est de 25 0/0. Rumpf attribue les bons effets de la transfusion à la dilution des toxines bien plus qu'à l'augmentation du sérum sanguin.

II. — Les médecins de Hambourg sont unanimes à reconnaître que le véritable traitement de la période d'algidité c'est la transfusion d'eau salée. Sans parler du procédé de Leudesdorf, qui se contente d'injecter sous la peau le contenu de la seringue de Pravaz toutes les demi-heures et de pratiquer dans les intervalles des injections d'huile camphrée, deux systèmes sont en présence : la transfusion intra-veineuse dont Rieder, Schede et Rumpf se montrent partisans, et la transfusion hypodermique que préconisent J. Michael, Lauenstein et Kümmell.

Rumpf n'a pas pratiqué plus de quatre transfusions intra-veineuses, le liquide étant maintenu à 40° ou 42°, chez un seul et même cholérique. Il a eu environ 25 0/0 de guérisons chez ses transfusés.

Schede a pratiqué jusqu'à sept transfusions intra-veineuses en 48 heures. Les résultats varient, suivant les séries, entre 25 0/0 et 33 0/0 de guérisons.

Schede réserve l'hypodermoklyse aux cholériques dont l'état ne paraît pas être de la dernière gravité.

L'hypodermoklyse est recommandée par Lauenstein, soit pour compléter les effets de l'injection dans les veines, soit pour constituer l'opération initiale. Elle est moins dangereuse que l'autre opération et mieux à la portée des médecins dans la pratique urbaine.

Lauenstein a traité 275 cholériques, dont 137 sont morts et 138 ont guéri. Parmi eux, 173 ont subi des transfusions, et sur ces 173, 40 étaient moribonds au moment de l'opération ; on a compté 119 décès et 54 guérisons, soit 31 0/0 de guérisons. Sur les 54 sujets guéris, 26 ont subi seulement l'hypodermoklyse, 28 ont subi la transfusion intra-veineuse seule ou combinée avec l'hypodermoklyse. Sur les 119 décès, il y a 108 sujets traités comme ces derniers, et 11 traités uniquement par l'hypodermoklyse.

Jolasse a compté dans sa subdivision de l'ancien hôpital général, 1011 cholériques; il a eu 48 0/0 de guérisons. 167 malades traités par les injections intra-veineuses ont fourni 22 0/0 de guérisons; 104 traités par l'hypodermoklyse ont fourni 11,5 0/0 de guérisons; 48 traités par les deux procédés combinés n'ont donné que 8 0/0 de guérisons.

Kümmell attribue à l'hypodermoklyse des effets moins rapides mais plus durables que ceux de la transfusion dans les veines. Il la pratique à l'aide de deux aiguilles introduites simultanément pour gagner du temps.

La transfusion intra-artérielle, faite dans le sens centripète, comme le conseille Silbermann, a donné à Schede 4 succès sur 16 opérations. Les autres médecins s'en sont abstenus.

L'entéroklyse à l'aide de la solution de tannin, d'après Cantani, a donné de bons résultats à Lauenstein, qui a expérimenté sans succès la solution de créoline ainsi que l'acide lactique, les toniques analeptiques et un composé d'acide sulfurique et de morphine que recommandait un médecin américain.

Simmonds a constaté deux fois des infarctus pulmonaires qu'il attribue à la transfusion intra-veineuse. Aussi Lauenstein recommande-t-il de filtrer toujours avec soin le liquide utilisé.

Les médecins de Hambourg se louent des bains chauds et du calomel à doses fractionnées. Ce médicament a provoqué cependant parfois de la côlite pseudo-membraneuse.

Ratjen a vu le choléra se déclarer chez dix femmes enceintes dont une seule a guéri. Chez 3 sujets atteints de dothiénentérie, le choléra est survenu secondairement; il n'a fait qu'une victime.

III. — L'injection sous-cutanée de sérum dans le choléra ne le cède en rien à la transfusion intra-veineuse; elle revivifie les moribonds. Dans un cas où l'anurie avait duré quatre jours, Michael a vu l'opéré émettre au bout d'une heure un demi-litre d'urine; au bout de deux heures il avait rempli deux vases de nuit.

Les cas observés à Hambourg, en 1892, ont été plus rapides et plus malins que dans les autres épidémies.

Les résultats de l'opération ont été contrariés par l'état typhoïde secondaire des cholériques.

IV. — Samuel, qui dès 1883, a préconisé les injections sous-cutanées continues d'eau salée dans le choléra, déclare qu'elles doivent être faites de bonne heure et non pas considérées comme un *ultimum refugium*. Dans les cas douteux, il vaut mieux agir trop tôt que trop tard.

La transfusion sous-cutanée doit être *continue*. Il ne faut pas l'interrompre avant la fin du stade d'algidité. Samuel conseille même de ne pas enlever la canule avant le moment où le rein a repris son fonctionnement régulier : on attendra donc les émissions répétées d'urine. A la période où se manifestent les accidents typhoïdes, on peut encore pratiquer la transfusion intermittente.

Il faut choisir une région où le tissu conjonctif absorbe bien. Samuel conseille les régions sous-claviculaires.

L'auteur a fait construire un irrigateur spécial.

V. — Zippel a combiné les bains d'air chaud avec les injections intraveineuses ; mais ses résultats portent sur un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

VI. — Samter, préoccupé de l'élimination des ptomaïnes que contient le sang des cholériques, dans les formes foudroyantes, propose de combiner la saignée de l'un des bras avec la transfusion intra-veineuse du côté opposé ou avec l'injection dans le tissu cellulaire. On attendra, pour pratiquer la saignée, le moment ou la circulation du cholérique aura été ranimée par la pénétration de l'eau salée.

VII. — Silbermann propose de pratiquer les injections d'eau salée dans l'artère radiale des cholériques à l'aide d'un appareil qui ressemble beaucoup au transfuseur de Colin, le courant étant dirigé en sens inverse du courant artériel.

Ses expériences n'ont éte faites que sur les chiens.

VIII. — Le lait de chaux indiqué par les autorités allemandes comme agent de désinfection des matières des cholériques a été critiqué par Eykmann et Pekelharing.

Pfuhl s'est ému de ces critiques et a fait des expériences. Il démontre que l'addition d'un litre de chaux vive à quatre litres d'eau détermine l'anéantissement des bacilles du choléra, à condition qu'on ait soin de mélanger intimement le lait de chaux aux matières, au lieu de se contenter de verser simplement le lait de chaux dans les vases qui contiennent les déjections.

L. GALLIARD.

I. — La transfusion intra-veineuse de sérum artificiel chez les cholériques, par L. GALLIARD (*Gaz. hebd. de Paris*, 8 *octobre* 1892).

II. — Traitement des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, par HAYEM (*Bull. acad. méd.*, 8 *novembre* 1892).

III. — Traitement du choléra, par EISENLOHR (*Soc. méd. de Hambourg*, 4 *octobre* 1892).

IV. — Le choléra à Lariboisière en 1892, par DELPEUCH (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *novembre* 1892).

V. — Le choléra à l'hôpital Tenon en 1892, par BARIÉ (*Ibidem*, 18 *novembre* 1892).

VI. — Discussion sur le choléra, par BOURCY (*Ibidem*, 4 *novembre* 1892).

VII. — *Idem*, **par SIREDEY** (*Ibidem*, 4 *novembre* 1892).

I. — Galliard a pratiqué la transfusion intra-veineuse suivant la méthode d'Hayem; il ne s'est écarté des règles établies par Hayem dans son livre (*Traitement du choléra*, Paris 1885), que sur deux points : 1° emploi du transfuseur de Colin substitué à la poire en caoutchouc; 2° choix constant de la veine saphène interne, immédiatement au-dessus de la malléole.

Les indications de l'opération sont le collapsus algide et la suppression durable du pouls radial. Le thermomètre ne peut fournir à lui seul d'indication précise, car les températures rectales basses peuvent exister pendant plusieurs jours chez des sujets qui ont du pouls radial et qui ne sont pas en état de collapsus.

Quand la température rectale s'abaisse au-dessous de 35°, le pronostic de la transfusion est mauvais; il est moins favorable encore quand la température rectale s'élève pendant le collapsus algide aux environs de 40°.

La transfusion intra-veineuse réussit rarement dans les cas *foudroyants*; Galliard ne compte que 3 guérisons dans ces cas. Elle réussit beaucoup plus souvent dans le choléra *galopant*, lequel évolue en 5 jours (dans les cas mortels) d'après la définition de l'auteur. Elle est rarement indiquée dans le choléra *lent*. Cependant l'auteur a traité avec succès par la tranfusion trois cholériques opérés le 7e, le 8e et le 11e jour.

Le plus âgé des cholériques guéris par la transfusion avait 59 ans; le plus jeune 8 ans. Parmi ceux qui ont guéri, aucun n'a subi plus de 4 transfusions. Quand les transfusions ont dû être répétées plus souvent (le chiffre de 6 transfusions, atteint deux fois, n'a jamais été dépassé), la terminaison a été fatale. En général, on mettait un intervalle de 12 heures entre 2 transfusions. Un sujet a dû être transfusé 4 fois en 24 heures parce qu'après chaque opération, il avait des évacuations gastriques et intestinales profuses (transfusion *danaïdienne* de l'auteur). Dans un cas, il y a eu consécutivement gangrène du pied sans lésion des artères.

Galliard a obtenu des succès par la transfusion chez des tuberculeux et des alcooliques.

II. — Les principaux moyens institués, pour les malades atteints de choléra, ont été les suivants : contre les troubles gastro-intestinaux, lavage de l'estomac à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée et limonade lactique; contre le collapsus et l'algidité, bains à 40 degrés et injections intra-veineuses de sérum artificiel.

Sur 251 malades adultes, 149 sont sortis guéris et 102 sont morts, ce qui donne une mortalité de 47 0/0. Sur ces 251 malades, 11 ont succombé immédiatement avant tout traitement; donc il ne reste plus que 240 cas et 91 décès soit une mortalité de 37, 9 0/0.

Si l'on groupe les faits en deux catégories, suivant l'âge des malades, la première comprenant les malades au-dessus de 50 ans, et la seconde les malades au-dessous de cet âge, on note que la mortalité a été de

56, 3 0/0 pour les 71 malades de la première série et de 30, 17 0/0, pour ceux de la seconde série.

Relativement aux formes cliniques, on peut admettre une forme algide grave (131 cas) une forme algide de moyenne intensité (49 cas) et une forme non algide (60 cas).

En résumé, la mortalité générale a été inférieure à 38 0/0 et elle ne s'est élevée qu'à environ 30 0/0, pour les malades dont l'âge ne dépassait pas 50 ans.

Ces résultats sont sensiblement meilleurs que ceux obtenus en 1884, où, sur un total de 209 malades, la mortalité s'est élevée à près de 51 0/0; il est juste d'ajouter que la proportion des cas graves était plus forte en 1884. OZENNE.

III. — Eisenlohr a traité 524 cholériques; il a eu 268 guérisons et 256 décès, ce qui donne 51 0/0 de guérisons.

299 de ses malades ont subi des transfusions d'eau salée à 7 0/00. Les transfusions sous-cutanées ont donné 65 guérisons contre 124 décès (34, 5 0/0 de guérisons); les transfusions intra-veineuses ont fourni 11 guérisons contre 41 décès (20 0/0 de guérisons); les deux transfusions combinées ont abouti à 6 guérisons en regard de 52 décès (10 0/0 de guérisons). En somme les transfusions, dans leur ensemble, ont procuré 27 0/0 de guérisons. Mais il faut dire qu'à l'exception de quelques moribonds ou de cholériques admis à une période tardive et en état de réaction typhoïde, tous les cholériques graves ont subi au moins l'une des deux opérations : au début c'était surtout l'hypodermoklyse, plus tard la transfusion intra-veineuse. L'auteur ne peut donc fournir un chiffre de cholériques graves guéris sans transfusion.

L'entéroklyse de Cantani ne peut rien contre le collapsus algide. Elle est utile dans les cas moyens.

Le calomel a donné de bons résultats. L. GALLIARD.

IV. — Delpeuch a soigné 64 malades, dont 26 sont morts, soit 40 0/0 de guérisons. Sur 31 hommes il y a eu 16 morts, sur 33 femmes 10 morts. D'autre part, sur 64 malades, 9 ont eu du délire, 1 femme et 8 hommes; tous sont morts sauf 1; c'étaient tous des alcooliques; tous ont succombé dans un état de marasme absolu avec hypothermie. Delpeuch insiste sur cette action néfaste de l'alcoolisme, déjà signalée, tandis qu'il a vu résister au choléra des cardiaques, des typhoïdiques, des rhumatisants, voire des phtisiques à la troisième période. Delpeuch est opposé aux transfusions intra-veineuses de sérum. Il a employé les lavages de l'estomac à l'acide lactique contre les vomissements; contre la diarrhée, les lavements créosotés (2 et 3 grammes), et les injections de sulfate de strychnine de 1/2 à 4 milligrammes contre l'algidité: il a trouvé ce sel, supérieur à la caféine et à l'éther. En outre il a proscrit l'alcool, surtout chez les alcooliques. Il n'a eu aucun cas de contagion intérieure dans le service, quoiqu'il se contentât de faire laver les mains avec la liqueur de Van Swieten et de faire nettoyer les vêtements .H. L.

V. — Barié a soigné 64 cas de choléra, 29 graves, 28 moyens, 7 légers, dont 17 femmes et 46 hommes, il a eu 13 cas de morts : les hommes ont donné 25, 8 0/0 de mortalité ; les femmes 21, 5 0/0. Il a vu guérir des femmes de 70, 76 et même de 86 ans; en général la mortalité

est plus forte au-dessus de 50 ans. Il a eu un cas de choléra intérieur, malgré une désinfection sévère des linges, parquets, selles, etc.

Barié s'est borné, comme thérapeutique, aux frictions avec le gant de crin, aux injections d'éther et de caféine, aux bains chauds sinapisés, si l'algidité persistait, à des préparations variées contre le vomissement : potion de Rivière, glace, éther, etc.

Il a employé constamment contre la diarrhée et les coliques l'opium, soit à l'intérieur, associé au salicylate de bismuth, soit en lavements laudanisés, soit sous forme d'injections hypodermiques de morphine. Il a pratiqué, autant que possible, le régime lacté exclusif. Il n'a observé aucun cas de choléra sec ; il a vu un cas d'ictère suivi de guérison. Dans 11 cas, au moment du retour des urines il y a eu de l'albuminurie. Pendant la période de réaction, il a constaté presque toujours de la polyurie, 2 à 5 litres. H. L.

VI. — Bourcy a soigné 42 malades, il a eu 14 décès soit 33, 3 0/0. Il a employé de grands lavages gastriques et intestinaux avec de l'eau bouillie, à dose de 2 à 6 litres. Tous les cas de moyenne intensité ont été ainsi fort améliorés; il a employé sans succès 3 fois la transfusion, 3 fois les injections hypodermiques de sérum.

Dans un cas où une anurie persistant depuis 3 jours fut suivie d'une émission de 125 grammes d'urine trouble, puis albumineuse, il constata que le trouble était dû exclusivement à d'innombrables cylindres, longs, pâles, réfringents, quelques-uns franchement hyalins ; il admet que l'anurie peut être due à l'oblitération des canalicules rénaux par la coagulation de cette substance albuminoïde. H. L.

VII. — Siredey a soigné 104 malades, 49 sont morts, 7 avant tout soin médical, 7 24 heures après l'entrée, 27 du 2 au 4e jour après; 22 n'ont présenté que des accidents atténués; 82 ont eu les symptômes du choléra intense, dont 48 sont morts. 3 seulement ont été emportés en moins de 20 heures. La diarrhée prémonitoire a été la règle, soit dans plus de 60 cas, ayant duré depuis 1 jusqu'à 5 et 6 jours. 34 malades ont succombé en plein accès cholérique. Il y a eu 3 cas de choléra sec.

Il a observé chez 8 malades qui sont morts atteints de formes lentes des accidents pseudo-méningitiques, torpeur, décubitus en chien de fusil, pupilles dilatées, inégales, respiration ralentie, pouls irrégulier, quelquefois convulsions localisées ou généralisées, constipation, anurie. 7 malades ayant présenté ces accidents, mais à un moindre degré, ont guéri.

Il a relevé 6 cas d'érythème polymorphe du 7e au 11e jour; dans un cas il y a eu une forte desquamation; il ne l'a vu que chez des malades qui ont guéri.

Une malade de 37 ans présenta aux doigts et aux orteils le phénomène du doigt mort aux 2 dernières phalanges. En sus de médicaments internes de valeur douteuse, élixir parégorique, laudanum, acide lactique, etc..., il a employé à la période algide les bains de 36 à 38° ; presque tous les malades éprouvaient un soulagement immédiat, surtout pour les crampes et les douleurs d'estomac.

Il a soumis 54 malades à des injections sous-cutanées de sérum (formule de Hayem) à haute dose, 150 à 300 grammes, faites dans les muscles de la cuisse ou de la fesse, ou à l'épaule. Jamais il n'y a eu

d'accident immédiat ou éloigné ; les injections étaient répétées 2 à 3 fois par jour, et même davantage. Il a eu 38 morts, 16 guérisons. Siredey conseille la transfusion pour les cas foudroyants, l'injection hypodermique pour combattre les phénomènes d'intoxication secondaire des formes lentes. Grâce aux mesures de désinfection, il n'y a pas eu un seul cas de contagion intérieure à l'Hôtel-Dieu annexe. H. L.

Un cas de balantidium coli avec diarrhée tenace, par J. W. RUNEBERG (*Finska läkar. handlingar, XXXIV*, 9).

Après avoir relaté les faits antérieurs, R. publie une observation intéressante au point de vue de la thérapeutique; c'est du reste le premier cas observé en Finlande.

Homme de 41 ans entré pour une diarrhée chronique, à forme dysentérique et état cachectique. Les selles contiennent un grand nombre de balantidiums. Après avoir essayé nombre de remèdes, extrait de fougère (10 gr.), naphtaline (12 gr.), santonine, etc., lavements astringents, caustiques (nitrate d'argent, sublimé), on n'obtint pas la disparition complète des parasites. L'auteur eut alors recours à la quinine en lavements de 2 gr. 0/00 et en cachets par l'estomac. Cinq doses furent données à quelque intervalle. La guérison fut complète. A. CARTAZ.

Remarks on the symptoms... (Traitement de la fièvre typhoïde par l'antisepsie intestinale), par Richard CATON (*Brit. med. journ., p.* 165, 23 *juillet* 1892).

Statistique portant sur 44 cas de fièvre typhoïde, dont la moitié a été soumise à l'antisepsie intestinale. Les agents de cette antisepsie ont été le salicylate de soude, la créosote, la naphtaline et le naphtol α. Le salicylate de soude a une médiocre influence, il déprime les malades et leur donne des nausées : les trois autres paraissent efficaces et ne fatiguent pas les malades. La moyenne de la durée de la maladie chez les sujets ainsi traités a été de quarante-deux jours : la méthode expectante a donné lieu à une moyenne de cinquante-deux jours. Le point le plus important, d'après l'auteur, est que l'usage des antiseptiques intestinaux semble avoir empêché les rechutes. H. R.

I. — Du traitement de l'albuminurie par les sels de strontiane, par G. SÉE (*Bull. acad. méd.*, 9 *août* 1892).

II. — Régime alimentaire des néphritiques chroniques, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bull. acad. méd.*, 30 *août* 1892).

III. — Sur le régime et le traitement des albuminuriques, par G. SÉE (*Bull. acad. méd.*, 30 *août* 1892).

IV. — Traitement de la maladie de Bright, par H.-B. MILLARD (*Bull. acad. méd.*, 6 *septembre* 1892).

V. — Sur les conditions pathogéniques des albuminuries qui ne sont pas d'origine rénale, par BOUCHARD (*Bull. acad. méd.*, 13 *septembre* 1892).

VI. — Sur la reconnaissance de petites quantités d'albumine dans l'urine et sur l'existence de la soi-disant albuminurie physiologique, par H.-B. MILLARD (*Bull. acad. méd.*, 13 *septembre* 1892).

VII. — L'albuminurie au point de vue de l'indication thérapeutique, de l'albuminurie survenant dans le diabète, par LANCEREAUX (*Bull. acad. méd.* 4 *octobre* 1898).

VIII. — Du traitement des néphrites par la teinture de cantharide, per G. SÉE (*Bull. acad. méd.*, 18 *octobre* 1892).

I. — G. Sée a employé les sels de strontium dans un cas d'albuminurie survenue chez un jeune homme, atteint d'entérite ulcéro-tuberculeuse et de diarrhée; la quantité d'albumine éliminée chaque jour était d'environ 23 grammes. 4 à 5 grammes par jour de bromures alcalino-terreux de strontium et de calcium furent alternativement prescrits. L'amélioration fut, dit l'auteur, très rapide et on ne releva bientôt plus dans l'urine que quelques traces d'albumine.

II. — Chez les malades atteints de néphrite chronique, le chiffre de l'albumine émis, d'après Dujardin-Beaumetz, ne joue qu'un rôle secondaire ; c'est la perméabilité du rein et la rétention des toxines dans l'économie qui constituent le danger; elles forment la base sur laquelle doivent être fondés le traitement et le régime alimentaire.

Pour le traitement, qui consistera à favoriser l'élimination des toxines, on utilisera les purgatifs, les diurétiques et les sudorifiques; et pour réduire la production de ces toxines on prescrira le repos, l'antisepsie intestinale faite avec le benzonaphtol et un certain régime alimentaire; c'est au régime végétarien que l'on doit s'adresser.

III. — Après avoir divisé les albuminuries en cinq espèces, les albuminuries fonctionnelle, cardiaque, néphrétique, alimentaire et toxique, et après avoir dit quelques mots sur le retard de l'élimination de l'azote chez les brightiques, G. Sée aborde la question du régime des néphrétiques, et étudie en détail le lait, les œufs, les viandes blanches, le poisson, les viandes fortes et le bouillon, puis le régime végétarien.

IV. — H.-B. Millard reconnaît d'abord que, dans la cirrhose avancée, dans la dégénérescence graisseuse des reins, dans les cas de rein amyloïde et de gros rein blanc on ne doit, par aucun moyen, compter sur la guérison entière, mais dans certains cas chroniques, susceptibles de guérison, on peut guérir ou arrêter certaines inflammations intercurrentes aiguës ou subaiguës.

L'auteur en cite différents exemples et il indique qu'il s'est servi avec succès de diverses préparations mercurielles, de l'ergotine, de la caféine, de l'arsenic, du fer, des sels de strontium et de calcium et de quelques eaux arsenicales.

V. — Bouchard rappelle que l'albuminurie est un précieux élément de diagnostic et de pronostic, mais comme ce pronostic est variable suivant la cause, il est important de déterminer si elle est d'origine rénale. Parmi celles qui dépendent d'un état morbide ou de troubles fonctionnels d'organes autres que le rein, il cite l'albuminurie réflexe provoquée par l'excitation des nerfs cutanés, les albuminuries curables dans le cours de la goutte, du diabète, sans néphrite confirmée, les albuminuries dyspeptique, hépatique, intermittente ; ce sont là autant de variétés différentes d'albuminurie qu'on ne fera disparaître qu'en combattant la condition pathogénique qui les provoque.

VI. — Henry-B. Millard affirme, contrairement à G. Sée, qu'une quan-

tité même de 3 milligrammes d'albumine dans l'urine peut être découverte par le procédé qu'il a préconisé (réactif d'acide phénique, d'acide acétique et de liqueur potassique). Il nie l'existence de l'albuminurie physiologique.

VII. — Lancereaux considère l'albuminurie, qui n'est qu'un symptôme, comme peu grave par elle-même ; c'est l'urémie qui met l'existence en danger. L'urémie disparue, il prescrit l'iodure de potassium ou la cantharide, suivant que ce sont les tissus conjonctivo-vasculaires ou les tissus épithéliaux, qui sont en jeu.

Quant à la pathogénie des albuminuries, Lancereaux fait des réserves sur l'influence que l'on veut accorder à la goutte, à l'obésité et au diabète. Pour ce dernier en particulier, dont il existe plusieurs variétés, on sait que l'albuminurie est fréquente, il est vrai, dans le diabète constitutionnel et héréditaire, mais exceptionnelle dans le diabète nerveux, et inconnue dans le diabète pancréatique.

VIII. — G. Sée regarde comme inutile et même dangereuse la méthode de traitement qui consiste à employer dans l'albuminurie la scille, la digitale et surtout la cantharide.

Lancereaux rappelle que les néphrites épithéliales avec anasarque, albuminurie et expulsion de cylindres hyalins sont justiciables du traitement par la cantharide, et à l'appui de cette opinion il rapporte deux observations de guérison. OZENNE.

I. — Traitement de la pneumonie purulente par les injections d'essence de térébenthine, par FRANC (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 *juillet* 1892).

II. — Du traitement de la pneumonie par les injections d'essence de térébenthine, par MOSSÉ (*Midi méd.*, 6 *août* 1892).

I. — Femme de 67 ans, atteinte d'hépatisation des lobes moyen et inférieur du poumon droit avec état général grave. Crachats épais, sanguinolents. T. : 39°. Dans les jours qui suivent, malgré l'emploi de la digitaline, de la caféine, etc., aggravation des accidents... Le onzième jour, on pratique quatre injections de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine à chaque membre. A partir de ce moment, amélioration graduelle et guérison au bout d'un mois. OZENNE.

II. — Après avoir passé en revue les observations où ce traitement a été appliqué, Mossé étudie la valeur pratique de cette médication, son mode d'action. Il relate deux cas de pneumonie grave chez des malades de 47 et 58 ans, chez lesquels les injections de térébenthine n'ont amené aucune modification de l'état asphyxique, et morts l'un au neuvième, l'autre au septième jour.

Mossé pense qu'il s'agit là surtout d'un procédé de révulsion intense qu'il faut employer d'assez bonne heure, avant que la vitalité de l'organisme soit trop épuisée pour réagir, dans les formes graves, à la période de l'hépatisation grise. A. C.

Della cura della tubercolosi pulmonale mercè l'azione combinata del iodoformio e delle iniezioni ipodermiche di siero di sangue di cane, par M. SEMMOLA (*Il progresso medico, p.* 97, 20 *février* 1892).

Semmola emploie depuis longtemps l'iodoforme dans la tuberculose : il le donne sous forme de pilules de 1 ou 2 centigrammes en nombre suffi-

sant pour administrer chaque jour de 20 à 30 centigrammes d'iodoforme et a obtenu de très bons résultats; il ajoute à ce traitement la nécessité d'assurer au plus haut point aux tuberculeux les meilleures conditions hygiéniques sous le rapport de l'aération, de l'alimentation, de la température, etc.

Les injections de sérum de sang de chien, suivant la méthode de Richet et Héricourt, ne sont pas un mode de vaccination bio-chimique et ne modifient pas d'une façon spécifique le terrain de culture, mais activent les échanges nutritifs et améliorent la nutrition du malade : à ce titre, elles sont utiles et leur association à la médication iodoformique est des plus favorables. GEORGES THIBIERGE.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsaeure, par LANDERER (*Leipzig*, 1892 *et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 13, *p.* 572).

Depuis maintes années, Landerer (*R. S. M.*, XXXV, 498) cherche à guérir la tuberculose en provoquant, à l'aide d'une inflammation artificielle, la formation d'un tissu cicatriciel qui enkyste les tubercules.

Après divers essais, il s'est arrêté d'abord au baume du Pérou. Grâce à la faible solubilité de cette substance, elle forme dans les foyers morbides des dépôts qui développent lentement leurs effets sans produire de phénomènes locaux tumultueux et sans troubler notablement l'état général.

Basé sur l'observation de Schueller que, chez les animaux malades auxquels on fait dans les veines des injections de cinabre, celui-ci va se déposer surtout dans les points blessés ou enflammés, Landerer a pratiqué des injections intra-veineuses d'une émulsion de baume du Pérou dans du jaune d'œuf, additionné de la solution salée physiologique et d'un peu de carbonate de soude. Avant de faire ces injections, il faut toujours s'assurer au microscope que la grosseur des grains ne dépasse pas celle des globules rouges. Sur plus de 1,000 injections intraveineuses de ce genre chez des lapins, ainsi que sur 200 chez l'homme, il n'y a jamais eu le moindre accident; à peine un peu d'oppression passagère chez certains individus. Les 43 cas de phtisie traités de cette façon ont donné 26 0/0 de guérisons et 17 0/0 d'améliorations. Non content de ces résultats, Landerer a eu recours à l'élément le plus actif du baume du Pérou, qui est l'acide cinnamique. Il l'emploie de la même manière, suspendu à l'état finement divisé, dans l'huile d'olive, le jaune d'œuf et la solution salée physiologique. Les injections intra-veineuses d'acide cinnamique ont été pratiquées chez 18 phtisiques qui n'étaient pas hospitalisés. Nonobstant cette circonstance défavorable, 9 ont été guéris, 6 ont éprouvé de l'amélioration; 2 ont succombé à des hémoptysies qu'on ne peut imputer à la médication, car chez 3 autres malades, les hémorragies pulmonaires préexistante sont disparu pendant le traitement.

Les injections intra-veineuses d'acide cinnamique ne provoquent pas de réaction fébrile ni d'autres phénomènes désagréables. Leurs bons effets se font sentir seulement au bout de trois ou quatre semaines : l'expectoration change de couleur, devient plus muqueuse; la toux devient sèche, les sueurs cessent, et l'appétit renaît. J. B.

Zur Behandlung der Pleura-Empyeme mittelst Punctions-Drainage (Traitement de l'empyème par la ponction-drainage), par A. EBERLE (*Dissert. Inaug.*, *Berne*, 1892).

Avec toutes les précautions antiseptiques on enfonce dans un espace intercostal (généralement le 6e) un trocart mesurant de 6 à 13 millimètres de diamètre. Puis par la gaine on fait passer un long tube de caoutchouc à parois résistantes, et l'on retire la gaine. Le tube sert de siphon pour vider lentement le pus, et au besoin pour faire des lavages antiseptiques dans la plèvre.

Au bout de quelques jours, quand il ne s'écoule plus de pus, le tube est sectionné à peu de distance de la paroi thoracique, et il est ainsi transformé en un simple drain que l'on raccourcit chaque jour un peu et que l'on recouvre d'un pansement antiseptique. La fistule consécutive guérit plus ou moins vite, parfois en huit ou dix jours.

Cette méthode, qui a l'avantage d'être simple et exempte de dangers, procure le plus souvent la guérison complète (au bout de 12 à 72 jours d'après la statistique de Sahli basée sur douze cas), et elle ne rend pas impossible une large ouverture de la plèvre, si cette opération était ultérieurement démontrée nécessaire. LEFLAIVE.

Ueber die Anwendung von Pilocarpine bei Larynxcroup, par DEGLE (*Wiener medizinische Presse*, 30 *octobre* 1892).

Degle préconise l'emploi de la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie laryngée. Il cite 4 exemples concernant des enfants de 1 an 1/2 à 8 ans, gravement atteints, chez lesquels il l'a employée avec succès. Les effets de la pilocarpine furent prompts : sueurs, sécrétion salivaire abondante, quelquefois même vomissements, mais sans nausées ni collapsus, liés le plus souvent à l'expulsion de fausses membranes; respiration plus libre, toux moins pénible, expuition abondante d'un liquide coloré en jaune. Il semble que sous l'influence de l'activité des sécrétions, causée physiologiquement par la pilocarpine, la liquéfaction et l'expulsion des fausses membranes soient provoquées, parant ainsi à l'immense danger de la sténose laryngée. Chez les enfants, la dose peut être portée à 3 ou 4 centigrammes dans les 24 heures. CART.

Strong Hydrogenperoxide solutions locally in diphtheria, par WILLIAMS (*Boston medical and surgical Journal*, 29 *septembre* 1892).

Jusqu'ici l'ozone avait été employé dans le traitement local de la diphtérie en solutions diluées, insuffisantes d'après Williams. En solutions concentrées, il a la propriété de dissoudre et de détruire les fausses membranes, ce qui rend le bacille accessible. Comme l'ozone attaque uniquement les matières organiques mortes, les tissus sains ne sont pas lacérés, ainsi qu'il arrive lorsqu'on arrache mécaniquement les fausses membranes. CART.

Ueber den Einfluss in den Magen..... (De l'influence de l'ingestion stomacale d'acides et d'alcalis sur l'alcalescence du sang humain et sur la réaction de l'urine), par FREUNDBERG (*Thèse de Berne*, 1890).

L'acide chlorhydrique à la dose quotidienne de 4 à 8 grammes ne

modifie pas l'alcalescence du sang, mais augmente l'acidité des urines.

L'acide lactique à la dose de 10 à 30 grammes, l'acide acétique à celle de 5 à 10 grammes diminuent un peu l'alcalescence du sang (de 1/4 à 1/6) et augmentent très légèrement l'acidité des urines; cela tient à ce que ces acides sont brûlés en grande partie dans l'organisme.

Le bicarbonate de soude à la dose de 5 à 15 grammes par jour n'a pas influencé bien sensiblement l'alcalescence du sang, mais il a constamment rendu les urines très alcalines.

On peut donc à volonté modifier la réaction des urines, mais il est très difficile d'influencer celle du sang. LEFLAIVE.

Ueber den Werth parenchymatöser Salzwasserinjectionen bei acuten Anämieen (Les injections hypodermiques d'eau salée dans les anémies aiguës), par KORTMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 356, 1892).

L'auteur, assistant de Kümmel à Hambourg, estime qu'à la suite des hémorragies internes profuses la transfusion intra-veineuse d'eau salée n'est pas sans danger, car elle augmente rapidement la pression sanguine. Sur 5 opérées qui ont subi cette transfusion destinée à remédier de grandes pertes de sang, une seule (opérée de kyste de l'ovaire) a survécu. La transfusion a échoué dans 1 cas de rupture de la trompe.

Au contraire, la transfusion sous-cutanée d'eau salée ne peut être accusée de favoriser les hémorragies, et la solution pénètre assez rapidement dans le torrent circulatoire pour relever les forces des malades. Kortmann cite 4 opérées chez qui cette transfusion a donné de bons résultats : une fille de 17 ans, à qui on avait extirpé un volumineux chondro-sarcome de la symphyse pubienne; une femme de 30 ans, opérée pour une grossesse extra-utérine; 2 femmes de 65 ans opérées, l'une d'un cancer utérin, l'autre d'un cancer vaginal et vagino-rectal. Chez une typhique de 30 ans, atteinte d'hémorragie intestinale, les injections sous-cutanées d'eau salée ont échoué. L. GALLIARD.

Observations on the treatment of chlorosis by hydrochloric acid, par W. Hale WHITE (*Guy's hosp. Rep.*, *XLVIII*, *p.* 1, 1892).

Hale White a fait des expériences comparatives sur le traitement de la chlorose par le repos et la bonne nourriture, par l'acide chlorhydrique, et par le fer. Voici ses conclusions :

L'acide chlorhydrique ne guérit pas la chlorose : les malades traités par ce médicament refont rapidement leurs globules, mais médiocrement leur hémoglobine. C'est le résultat que l'on obtient en soumettant les chlorotiques à un régime reconstituant associé au repos. Les sels de fer, au contraire, particulièrement le sulfate, le carbonate et le protochlorure de fer, amènent un rapide accroissement de la teneur en hémoglobine : c'est donc le véritable traitement de la chlorose. H. R.

Du traitement des formes graves de la colique hépatique par les grands bains froids, par MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 27 *novembre* 1892).

Relation de deux cas de colique hépatique ayant amené des accidents d'adynamie graves, avec hyperthermie, amendés et guéris rapidement par les bains froids. La température oscillait entre 39° et 41°, en dépit de tous les

traitements, la langue était sèche, fuligineuse; les membres présentaient des soubresauts ataxiques, bref, l'état était aussi grave que possible. Dès le premier bain à 26°, abaissement de la température, disparition de la sensation de chaleur et de prurit; amélioration graduelle et guérison, dans le premier cas, après 21 bains, dans le deuxième, après 101 bains. Simultanément on administrait, à la sortie du bain, un grand lavement froid.

M. insiste sur l'effet remarquable de la balnéothérapie dans ces formes graves d'ictère lithiasique et infectieux pour combattre les accidents généraux, diminuer la congestion du foie et favoriser l'élimination des produits biliaires et toxiques (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 536). A. CARTAZ.

Ueber den therapeutischen Werth der Pepsinweine, par M. WERTHER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 668, 4 *juillet* 1892).

Werther a fait de nombreuses expériences de digestion artificielle avec des vins à la pepsine, dont il tire les conclusions suivantes :

Les vins à la pepsine, loin de favoriser la digestion de l'albumine, la retardent. En poudre, ou en solution aqueuse, au contraire, la pepsine active la digestion. L'association du vin et de la pepsine est donc contre-indiquée. J. B.

L'olio essenziale di trementina nella cura della eresipela, par L. d'AMORE (*Il Progresso medico*, p. 241, 20 *avril* 1892).

L'auteur recommande les badigeonnages d'essence de térébenthine faits au moyen d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate dans le traitement de l'érysipèle. Il leur trouve pour avantage de réduire la durée de la maladie à cinq jours en moyenne, depuis le moment où on commence le traitement jusqu'à celui où cesse l'exfoliation épidermique, d'arrêter et de circonscrire l'inflammation dès le premier jour du traitement, de ne provoquer aucune douleur et même de diminuer la sensation douloureuse qui résulte de la tension des tissus atteints d'érysipèle.

GEORGES THIBIERGE.

La médecine vibratoire. Application de vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux, par CHARCOT (*Progrès médical*, 27 *août* 1892).

Les recherches ont porté d'abord sur des malades atteints de paralysie agitante; ils subirent des séances de fauteuil, auquel un mécanisme spécial communiquait des mouvement rapides d'oscillation autour d'un axe antérieur et latéral, ces mouvements amenaient une trépidation analogue à celle que l'on ressent, assis sur une banquette de wagon en marche. Dans tous les cas, au bout de quelques séances, on nota une amélioration portant surtout sur les phénomènes douloureux, mais non sur le tremblement.

D'autre part, on appliqua à des neurasthéniques un appareil consistant en une sorte de casque à lames séparées, surmonté par un moteur actionné par une simple pile; ce petit moteur produit une vibration continue dans toute la tête, et produit en même temps un bourdonnement doux. Cet appareil a réussi à guérir des insomnies, des migraines, des céphalalgies neurasthéniques, des vertiges. H. L.

Du traitement radical du saturnisme chronique par l'élimination du plomb par les urines sous l'influence du courant constant, par SEMMOLA (*Bull. acad. méd.*, 8 *novembre* 1892).

Semmola a employé, depuis 1877, les courants continus à la cure du saturnisme chronique. Ce traitement a pour effet d'activer les échanges nutritifs et de produire un mouvement de désassimilation, qui amène l'élimination du plomb par la voie des urines, lorsqu'il y a intégrité des reins.

Ce traitement a été appliqué dans 25 cas, ainsi groupés :

1° Forme de colique simple et paralysie des muscles extenseurs : 15 cas.

2° Forme cachectique avec albuminurie à différents degrés, mais sans altérations rénales appréciables : 8 cas.

3° Forme nerveuse encéphalopathique avec artério-sclérose et toutes ses conséquences : 2 cas.

La méthode a produit la guérison complète et permanente des cas du premier groupe, une amélioration générale considérable du second groupe avec diminution de l'albuminurie, mais jamais disparition complète; enfin aucun résultat remarquable dans les deux derniers cas, qui furent suivis de mort. OZENNE.

Sulla cura della pustola maligna, par G. CUCCO (*Broch in*-8°, *Palerme*, 1892).

L'onguent mercuriel est un médicament actif contre la pustule maligne, à la portée de tout le monde et ne présente pas d'inconvénients. Même quand les accidents généraux existent depuis 2 à 4 jours, il peut les faire cesser et, en arrêtant l'infection locale, produit une guérison certaine. Employé dès les premières manifestations de la maladie, il arrête admirablement la marche du virus, détruit la virulence du foyer initial, conjure les accidents locaux graves et l'intoxication de l'organisme. Il produit en peu de temps des cicatrices planes, moins larges que celles que laissent les caustiques en général. GEORGES THIBIERGE.

Sull' importanza della malleina nel trattamento preventivo, diagnostico e terapeutico della morva, par A. BONOME et M. VIVALDI (*La Riforma medica p.* 205, 25 *juillet* 1892).

La malléine n'a pas une action identique sur les diverses espèces d'animaux à l'état sain. Le cobaye en supporte des doses relativement élevées, répétées à courts intervalles, sans présenter aucun trouble de la santé générale.

Les animaux atteints de morve ne réagissent pas tous de la même façon : chez le chat, même à très petites doses, la malléine produit la mort, tandis que chez le cobaye et le lapin, elle détermine à petites doses une amélioration dans les symptômes généraux et locaux; chez le cheval, il se produit, seulement en cas d'infection morveuse, une réaction fébrile survenant peu d'heures après l'injection de malléine extraite des cultures de morve, tandis que la fièvre manque complètement ou est peu considérable lorsque la malléine est extraite du sang de chat morveux.

La malléine ne produit pas l'immunité contre la morve; cependant,

chez le cobaye, elle détermine une plus grande résistance contre le microbe de la morve; chez le chat, elle modifie profondément la marche de la maladie et altère profondément la crase sanguine.

La malléine se comporte d'une façon analogue à la tuberculine, en particulier chez le cobaye, tant sous le rapport de la tolérance ou de l'intolérance, suivant qu'il est ou non atteint de morve, que sous le rapport de son importance thérapeutique dans les cas de morve.

GEORGES THIBIERGE.

La première guérison d'un cas grave de rage chez l'homme, par NOVI et POPPI (*Riforma medica*, 29 *avril* 1892).

Un jeune homme présentant tous les symptômes de la rage, après morsure par un chien, fut traité à l'Institut antirabique de Bologne et soumis pendant 20 jours à 48 injections de vaccin antirabique de $1^{cc},5$ chacun. Les moelles utilisées au début étaient anciennes de 14 jours, celles dont on se servit à la fin étaient vieilles de trois jours seulement. Le vingtième jour le malade fut pris de fièvre, de rachialgie et de faiblesse des membres inférieurs On lui fit en 4 jours 8 injections avec des moelles âgées de 6 à 3 jours. Néanmoins son état s'aggrava, il ne put continuer à se soutenir sur ses jambes, il eut de la rétention de l'urine et des matières fécales. Il présenta alors une paralysie flasque absolue du membre inférieur droit et à peu près complète du gauche, du spasme tonique des muscles de la nuque qui étaient en extension continue forcée.

Les réflexes tendineux étaient abolis ; il existait de la diminution de la sensibilité tactile au niveau des membres inférieurs.

Novi et Poppi songèrent, à ce moment, à faire des injections veineuses avec de l'émulsion de moelle de 4 jours et ce traitement intensif fut poursuivi pendant 9 jours, au bout desquels la guérison complète fut obtenue (on avait fait 14 injections intra-veineuses et 3 sous-cutanées). Les auteurs attribuent tout le succès de ce traitement de rage paralytique à la méthode d'injection intra-veineuse adoptée par eux.

Dans la discussion qui a suivi leur communication, Cantani a cependant blâmé ce procédé qu'il considère comme dangereux. Les auteurs ont répliqué que tous les malades pris de rage pendant qu'ils étaient soumis au traitement pastorien avaient succombé et que leur malade seul avait guéri, ce qui ne laissait aucun doute sur l'efficacité de ce nouveau traitement.

G. LYON.

Sulla guarigione della rabbia sviluppata, par G. ZAGARI (*La Riforma medica*, *p.* 793, *septembre* 1892).

L'auteur a employé le traitement de Pasteur chez 4 sujets atteints de rage; tous les quatre ont succombé. Il fait remarquer que le malade de Novi et Poppi, qui a été guéri par ce traitement se trouvait dans des conditions toutes spéciales : il avait déjà subi le traitement prophylactique avant l'éclosion des accidents rabiques, avait été mordu à la jambe, région dont les morsures sont les moins dangereuses, ne présentait encore aucun des symptômes classiques de la rage, l'hydrophobie et l'aérophobie, enfin les premiers symptômes suspects n'étaient apparus que 21 jours après la morsure. Ce sont là autant de conditions qui se représenteront rarement réunies, pour assurer le succès du traitement. Dans ses expériences sur les animaux, l'auteur a vu les injections de

moelles rabiques atténuées, rester sans effet sur les symptômes de la rage développée, et il pense que, si elles peuvent avoir un effet, celui-ci dépend absolument de la durée du temps qui s'écoule entre l'inoculation et le début des accidents : il fait remarquer à ce propos que la méthode de Pasteur échoue quelquefois, par exemple chez les animaux qui ont été inoculés dans le nerf sciatique, chez les enfants et les adultes qui ont des morsures multiples à la tête, région dans laquelle la période d'incubation est courte, tandis qu'une seule injection faite un ou deux mois avant l'inoculation empêche la maladie de se développer. G. THIBIERGE.

I. — On exalgine, par GORDON (*Lancet*, *p.* 1173, 28 *mai* 1892).

II. — Exalgine in Grave's disease and the poisonous dose of exalgine, par CHURTON (*Ibidem*, *p.* 1175).

I. — Gordon a employé l'exalgine dans les affections suivantes : *a*, mal de dent (7 cas et 3 succès) ; *b*, migraine (35 cas et 28 succès) ; *c*, névralgie faciale (29 cas et 12 succès) ; *d*, sciatique (3 cas et 1 succès) ; *e*, lumbago (7 cas, 5 succès) ; *f*, névralgie intercostale (3 cas, 3 succès) ; *h*, ataxie locomotrice (8 cas, 1 succès) ; *i*, otite moyenne (1 cas, 1 succès) ; *j*, arthrite rhumatismale (2 cas, 1 succès). L'exalgine a échoué dans deux cas de coliques hépatiques et un cas de tuberculose prostatique.

II. — Churton a retiré de très bons effets de l'exalgine dans un cas de maladie de Grave. L'influence se fit sentir non seulement sur la douleur, mais sur la congestion céphalique. Une ulcération rebelle de la cornée guérit au cours du traitement. Un cas de céphalée dépendant d'une tumeur cérébrale, deux cas de douleurs fulgurantes d'origine ataxique furent également améliorés. La dose toxique d'exalgine varie beaucoup pour chaque sujet. Dans un cas, une seule dose de 0g30 cent. suffit à produire des accidents inquiétants. — Le médicament paraît pouvoir être prolongé sans effets d'accumulation. A.-F. PLICQUE.

Sur le traitement de la chorée par l'exalgine, par MONCORVO (*Bull. génér. de thér.*, *p.* 437, 30 *mai* 1892).

Après avoir démontré l'un des premiers la valeur thérapeutique de l'antipyrine contre la chorée de Sydenham, Moncorvo essaya, dans le traitement de cette affection, l'exalgine.

Une fillette de 8 ans, atteinte d'une chorée assez accusée, se trouvait guérie, au bout de 18 jours de traitement, par l'exalgine à la dose journalière de 20, 30 et 15 centigrammes, la dose totale s'était élevée à 6 gr. 20. (*Bull. génér. de thér.*, 30 nov. 1890).

Deux nouveaux cas de ce genre ont donné des résultats aussi favorables. Il s'agissait dans le premier de ces deux cas d'une fillette de 10 ans, affectée de chorée avec rhumatisme.

L'exalgine, à la dose quotidienne de 40 centigrammes, amena la guérison au bout de 18 jours. La dose totale employée fut de 8 gr. 40, toujours bien tolérée.

L'autre cas se rapporte à une fillette de 8 ans, né à Rio, issue d'une mère hystérique et d'un père rhumatisant. Sa chorée, qui datait d'un mois, cessa complètement et définitivement au bout de 22 jours, le traitement ayant duré 30 jours, la dose totale d'exalgine ayant été de 13 gr. 70. La dose minima fut de 20 centigrammes et la dose maxima de 60 centigrammes. A. C.

Treatment of chorea by exa gine, par Ch. L. DANA (*Journ. of nerv. and ment. dis., p.* 525, *juillet* 1892).

D. a traité 16 cas de chorée par l'exalgine, et il a obtenu de tels résultats qu'il considère ce médicament comme un spécifique de la chorée de Sydenham.

Dana donne l'exalgine en capsules de 10 centigrammes; trois par jour le 1er jour, 4 le second, 5 le troisième; puis, si besoin est, à la dose de 15 centigrammes. 5 fois chacun des jours suivants.

En même temps, il prescrit le citrate de fer et de quinine. PIERRE MARIE.

Résultats obtenus avec la suspension à la clinique médicale de Zurich, par BONJOUR (*Revue méd. Suisse romande, XII*, 354, *juin* 1892).

Dix-huit malades ont été traités par la suspension; le nombre total des séances a été de 400. Parmi les 13 tabétiques, 3 ont pu beaucoup mieux marcher après le traitement; le réflexe du genou a réapparu chez 1 quatrième, et chez 4 autres, il y a eu diminution ou disparition des douleurs et des paresthésies. L'état d'un de ces malades s'est vite amélioré après quelques suspensions, puis a présenté une exacerbation. Le symptôme de Robertson, la paralysie des muscles oculaires et les troubles vésicaux n'ont été modifiés chez aucun des ataxiques.

Le malade atteint de polynévrite alcoolique est celui qui a le plus bénéficié du traitement. Les douleurs et le signe de Romberg ont disparu au bout de 20 séances, et la marche se faisait bien, mais l'abolition du réflexe rotulien persistait.

La suspension a été favorable à l'un des 3 cas de sclérose en plaques. L'état général de la malade s'est amélioré, le tremblement a diminué, et la marche était plus facile. Cette malade a souffert parfois de douleurs pendant les séances.

En résumé, la suspension a agi souvent en diminuant l'ataxie, le signe de Romberg et les douleurs, au moins pour quelques heures.

Après 20 ou 30 séances, la suspension ne produit plus un bon effet. (*R. S. M.*, XXXIV, 91, 511 à 513 et 654; XXXV, 505; XXXVI, 511 et 512; XXXVII, 109 et 601). J. B.

Sull' assorbimento dell' joduro di potassio per clistere e sulla durata della sua eliminazione, par A. CALANTONI (*La Riforma medica, p.* 219, 26 *avril* 1892).

D'expériences faites sur l'homme et sur le lapin, l'auteur conclut que l'absorption de l'iodure de potassium se fait au moins aussi rapidement par le rectum que par l'estomac; si l'on veut que l'absorption soit plus rapide, il est utile d'élever la température du lavement à 35° ou 37°; la durée de l'élimination est sensiblement la même, que l'iodure ait été introduit par la bouche ou par le rectum; en moyenne, avec les solutions étendues qui peuvent être employées en thérapeutique, l'élimination de l'iodure cesse au bout de 24 à 30 heures, avec les solutions concentrées elle est plus lente et dure de 38 à 40 heures. GEORGES THIBIERGE.

Sulla benzanilide, par L. CANTU (*La Riforma medica, p.* 291, 2 *août* 1892).

La benzanilide peut être administrée à la dose de 4 à 6 grammes; cependant, comme il peut se produire des symptômes d'intolérance, il est

préférable de ne pas dépasser 2 grammes par jour en deux fois. Elle fait tomber graduellement la température et l'empêche souvent de remonter à sa hauteur antérieure, agit mieux lorsque la fièvre se produit le matin; lorsqu'on l'administre plusieurs jours de suite, il arrive parfois qu'elle agit moins activement. Elle provoque rarement des troubles digestifs. La benzanilide n'est en rien supérieure aux autres antipyrétiques ordinairement employés; seulement elle peut être quelquefois utilisée à titre de succédané de ceux-ci; elle a l'avantage d'être d'un prix peu élevé et de ne pas provoquer, aux doses habituellement employées, de phénomènes graves d'empoisonnement comme on en observe avec d'autres substances antithermiques, telles que l'acétanilide. GEORGES THIBIERGE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité de médecine, t. II, par THOINOT, GUINON, THIBIERGE, GILBERT, RICHARDIÈRE ; t. III, par RUAULT, MATHIEU, COURTOIS-SUFFIT, CHAUFFARD (*Paris*, 1892).

Ces deux volumes du *Traité de médecine* ne sont pas inférieurs au premier. Le tome II comprend une étude sur le typhus exanthématique par Thoinot, étude de revue historique complétée par les documents récents et les travaux personnels de l'auteur sur les malades de l'île Tudy.

Les fièvres éruptives sont traitées par Guinon; les affections vénériennes et cutanées par Thibierge. L'espace a été un peu trop mesuré à ce chapitre considérable; néanmoins l'auteur est parvenu, malgré la brièveté nécessitée, à présenter très clairement la symptomatologie des innombrables espèces de dermatoses. Ce travail est au courant des doctrines les plus modernes.

La question traitée par Gilbert est toute d'actualité; aussi a-t-il jugé utile avant d'étudier en détail la chlorose, l'anémie, la leucémie, d'exposer la technique de l'examen du sang et la séméiologie du sang. Très au courant de ces recherches, Gilbert a rédigé un travail qui a un cachet bien personnel et mérite d'être consulté.

Dans un dernier chapitre, Richardière étudie les intoxications par le plomb, l'alcool, l'opium, la cocaïne, le tabac, etc.

Dans le troisième volume, le chapitre relatif aux maladies de la bouche, dû à la plume de A. Ruault, est remarquable. Pour la première fois, les angines y sont étudiées d'une manière générale en tant que manifestations souvent initiales d'infections diffuses : et cette notion de pathologie générale conduit l'auteur à étudier les complications viscérales qui si fréquemment les accompagnent, et à diriger le traitement dans le sens de l'antisepsie buccale. Les angines aiguës non spécifiques, les phlegmons amygdaliens et péri-amygdaliens sont ainsi passés en revue; puis vient l'histoire des angines chroniques, diathésiques ou micro-

biennes; enfin la diphtérie forme un chapitre considérable, mis au courant des données bactériologiques actuelles et qui à coup sûr intéressera davantage les médecins instruits que les élèves qui commencent l'étude de la médecine.

Le côté thérapeutique n'est pas négligé : on sent dans toutes ces pages, que l'auteur a une expérience personnelle dont il fait profiter le lecteur; peut-être se montre-t-il un peu exclusif dans le traitement de la diphtérie, en préconisant exclusivement les cautérisations phéniquées, mais il justifie ses préférences.

Les maladies de l'estomac et du pancréas sont l'œuvre de A. Mathieu, bien connu par ses importants travaux sur le chimisme stomacal. Nul ne pouvait mieux résumer et mettre au courant des idées modernes ces difficiles questions, si complètement transformées depuis une dizaine d'années. La séméiologie générale de la dyspepsie, les symptômes fournis par l'analyse du suc gastrique, l'hyperchlorydrie, les fermentations anormales, les troubles réflexes et le retentissement à distance des maladies stomacales, sont autant de chapitres qui jusqu'ici n'avaient figuré dans aucun ouvrage classique. Éclairée par ces données nouvelles, l'histoire des gastrites, du cancer, de l'ulcère de l'estomac présente une foule de détails inédits et de remarques intéressantes. La thérapeutique est peut être ce qui a le moins progressé, elle est encore à la phase empirique et expérimentale, mais ses indications sont plus nettes, si ce n'est pas encore la certitude, ce n'est déjà plus le tâtonnement.

Les maladies de l'intestin ont été confiées à Courtois-Suffit. C'est la partie de l'ouvrage qui nous paraît justiciable de quelques critiques. Certains chapitres, ceux relatifs à l'entérite pseudo-membraneuse, à l'ascite, à l'occlusion intestinale, sont manifestement écourtés et auraient besoin d'être remaniés : la rédaction en est précise, mais sèche, et elle manque de développements. Pourtant il s'y trouve d'excellentes pages : les péritonites sont parfaitement traitées, et le côté pathogénique s'y trouve développé mieux que dans aucun ouvrage classique.

Le morceau capital de ce troisième volume est le fascicule de Chauffard, consacré aux maladies du foie. Il s'ouvre par un exposé magistral de la structure et des fonctions de la glande hépatique, ainsi que de la séméiotique générale des affections du foie : l'étude du syndrome ictère et la pathologie générale de ses variétés précède celle des angiocholites et des cholcécystites, qui sont traitées au point de vue moderne, et mises au courant des recherches bactériologiques récentes. Dans le même ordre d'idées, les ictères infectieux, bénins et graves, les congestions hépatiques, les abcès du foie donnent l'état actuel de la science sur les maladies microbiennes qui atteignent le parenchyme hépatique. La description des cirrhoses, envisagées à l'aide du schéma de Sabourin, forme un chapitre complet qui marque toutes les étapes des inflammations chroniques du foie : on y trouve d'intéressants détails sur les cirrhoses pigmentaires, dont les recherches personnelles de l'auteur ont élucidé plus d'un point obscur. Enfin, parmi les dégénérescences de l'organe, un important chapitre est consacré à la tuberculose du foie et à ses variétés cliniques. On peut dire que ce fascicule est de beaucoup supérieur à tout ce qui a paru jusqu'à présent sur la pathologie hépatique.

H. R.

Ueber die Eintheilung der Krankheiten (Sur la classification des maladies), par J. P. MÖBIUS (*Centralblatt für Nervenheilkunde, juillet* 1892).

La classification qu'adopte Möbius pour les maladies nerveuses est la suivante :

A. — *Maladies exogènes :* I. Produites par des poisons : 1° par des toxines (infections directes — suites d'infections) ; 2° par des poisons proprement dits (alcool, plomb). — II. Produites par une action mécanique (hémorragie, oblitération vasculaire, traumatismes, tumeurs). — III. Produites par hyperexcitation (faiblesse nerveuse, névroses professionnelles). — IV. Autres formes.

B. — *Maladies endogènes ;* D'après le degré de la dégénérescence psychique, on peut distinguer l'instabilité, la faiblesse mentale, l'imbécillité complète. Ces différents degrés de dégénérescence donnent lieu à des syndrômes divers : hystérie et les diverses névroses; mélancolie, manie, paranoia; formes intermittentes, folie des dégénérés, démence primitive; dystrophie musculaire progressive, myotonie, maladie de Friedreich, etc. PIERRE MARIE.

Das Rindenfeld des Auges in seinen Beziehungen zu den primären Opticuscentren (Le champ cortical de l'œil dans ses rapports avec les centres optiques primaires), par ZINN (*München. med. Woch., nos* 28 *et* 29, *p.* 493 *et* 516, 1892).

Un homme de 48 ans, vraisemblablement syphilitique, a eu, plusieurs années avant le début de son affection psychique, une attaque d'apoplexie, mais qui n'a pas laissé de traces, notamment pas de paralysie. A son entrée à la Charité, de Berlin, il existait un peu de différence des pupilles, réflexe lumineux lent, difficulté de la parole, légère parésie du bras droit, plus légère de la jambe droite. Au point de vue psychique, faiblesse intellectuelle, indolence. On porte le diagnostic de paralysie générale. Il fait sur lui-même une tentative de suicide. Il meurt d'infection de sa plaie. A l'autopsie, foyer de ramollissement à la corne occipitale gauche, ayant détruit tout le pourtour de la scissure calcarine, notamment la totalité des circonvolutions occipitales I et II, et une partie du lobule lingual, de la circonvolution occipito-temporale, de la circonvolution d'hippocampe, du cunéus et du précunéus. En même temps, il existe un affaissement évident des centres optiques primaires du côté gauche : corps géniculé externe, pulvinar, corps quadrijumeau antérieur. Diminution de volume du tractus optique gauche. Au microscope, on trouva des signes de dégénérescence des fibres nerveuses des cellules ganglionnaires et de la névroglie, dans les points sus-indiqués du cerveau. Le reste du cerveau était intact.

L'auteur fait suivre cette observation des conclusions suivantes : Dans un cas relativement simple de maladie de la corne occipitale, on constate un processus de dégénérescence des centres optiques primaires et du tractus optique correspondant; en même temps que dans les autres parties du cerveau des lésions analogues font défaut. Donc cette dégénérescence des ganglions optiques primaires et du tractus optique ne peut être causée que par la lésion du lobe postérieur. Il est donc prouvé par une nouvelle observation que le champ cortical de l'œil et les centres optiques primitifs sont en une étroite relation nutritive. C. LUZET.

The extent of the visual cortex in man as deduced from the study of Laura Bridgmann, par H. DONALDSON (*American Journal of Psychology*, n° 4, *août* 1892).

Chez Laura Bridgman, la vue s'était perdue du côté gauche à 2 ans, du côté droit à 8 ans. A l'autopsie, on remarqua que certaines circonvolutions des lobes postérieurs présentaient une atrophie notable, c'est par la localisation de cette atrophie due à une sorte de dégénération secondaire que Donaldson cherche à établir l'étendue du territoire visuel dans l'écorce. La description qu'il en donne doit être lue dans l'original et suivie sur les figures annexées à ce mémoire. P. MARIE.

Ein Fall von Seelenblindheit und Hemianopsie mit Sectionsbefund (Un cas de cécité psychique et hémianopsie avec autopsie), par H. WILBRAND (*Deutsche Zeits. für Nervenh.*, *II*, 5 *et* 6, *p.* 361).

Femme de 63 ans ayant eu une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle sont survenus les troubles de la vision qui duraient encore 4 ans après leur début, et, en outre d'un certain degré de cécité psychique, consistaient en une hémianopsie homonyme gauche incomplète et en un scotome hémianopique dans l'octant inférieur des deux moitié droites du champ visuel. Il existait en outre dans la portion hémianopique gauche une zone dans laquelle la malade ne pouvait reconnaître ni les formes ni les couleurs, mais seulement la lumière. Dans le reste des parties atteintes par l'anopie, manquait toute espèce de perception de la lumière.

A l'autopsie, lésions des lobes occipitaux des deux hémisphères. (Voir le détail dans l'original qui contient plusieurs schémas).

L'auteur se livre à des considérations étendues sur les déductions à tirer de ce cas et arrive aux conclusions suivantes :

La cécité psychique peut s'observer, même quand l'écorce du lobe occipital est intacte, lorsqu'il y a une destruction de certains faisceaux d'association de celle-ci par des foyers situés juste au-dessous de l'écorce de la première et de la deuxième circonvolutions occipitales.

Les symptômes permanents de cécité psychique joints à une hémianopsie complète ou incomplète doivent être rapportés à une altération des deux lobes occipitaux.

Le centre de perception optique et le centre de mémoire optique sont dans un même hémisphère en relation directe.

Lorsque, dans le cas d'une lésion bilatérale du territoire optique, le centre de la mémoire optique d'un hémisphère est resté normal ainsi que le système des faisceaux d'association qui en dépendent, les troubles de la représentation optique disparaissent par l'occlusion des yeux. Car alors les représentations optiques peuvent être éveillées par d'autres portions sensorielles de cet hémisphère grâce à l'association des idées et peuvent ensuite avoir une évolution normale.

L'auteur tend à se ranger à l'opinion de Henschen d'après laquelle le centre de perception optique se trouverait au niveau de la fissure calcarine. PIERRE MARIE.

On the localisation of the auditory centre, par Charles MILLS (*Brain*, *p.* 465, 1891).

D'une observation clinique suivie d'autopsie, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le centre cérébral de l'audition des mots est situé au tiers postérieur de la première et de la deuxième circonvolution temporale, vers l'extrémité postérieure de la branche horizontale de la scissure sylvienne.

2° Les troisième, quatrième et cinquième circonvolutions temporales ne prennent aucune part à l'audition cérébrale.

3° Une lésion circonscrite au tiers postérieur de la première et de la deuxième circonvolution temporale de l'hémisphère gauche produit une surdité verbale complète ou presque complète, les parties similaires de l'hémisphère droit étant intactes.

4° Le champ qui correspond à toute la mémoire auditive répond à une région corticale beaucoup plus large que celui de l'audition des mots et comprend au moins les deux tiers postérieurs de la première et de la seconde circonvolution temporale.

5° Le champ de l'audition et les centres spéciaux de l'ouïe ont leur maximum de développement dans l'hémisphère gauche : mais pour amener une surdité cérébrale complète, il faut que les zones auditives des deux circonvolutions cérébrales supérieures soient détruites dans les deux hémisphères.

6° Une lésion limitée au centre de l'audition des mots et donnant lieu à de la surdité verbale entraîne à sa suite la paraphasie si le malade cherche à parler, la paralexie s'il cherche à lire.

7° Une lésion isolée du centre de l'audition verbale, donnant lieu à une surdité verbale complète ou presque complète, n'entraîne pas nécessairement l'inaptitude à retrouver les mots par d'autres procédés (par exemple au moyen de leur reproduction visuelle). En pareil cas, le malade comprend le sens des mots, bien qu'il ne puisse les exprimer par un effort de volonté consciente.

8° Une lésion cérébrale donnant lieu à la surdité verbale peut, à la longue, déterminer une atrophie des centres de la parole et de l'articulation des mots, ainsi qu'une atrophie du tractus qui relie les centres sensitifs et moteurs de l'ouïe et de la parole.

9° Les circonvolutions rétro-insulaires sont anatomiquement et fonctionnellement, en relation étroite avec la première circonvolution temporale dans ses deux tiers postérieurs. H. R.

Atheto-choreic movements, par **J. FERGUSON** (*New York med. journ.*, *p.* 657, 11 *juin* 1892).

Dans ce cas d'athétose, il faut remarquer les lésions de la couche optique gauche, l'absence de lésions du faisceau moteur, l'absence de désordres sensoriels.

Homme de 30 ans, dont les membres du côté droit sont animés, depuis le mois de juillet 1891, de mouvements ininterrompus ; flexion, extension, abduction et adduction des doigts; mêmes mouvements de rotation du membre supérieur s'exécutant autour de la tête. Abolition du réflexe rotulien. Conservation de la sensibilité. Douleurs névralgiques. Pas de paralysie. Les mouvements athétosiques sont exaspérés dans les actions volontaires.

En décembre 1890, avant l'apparition de ces phénomènes, l'auteur avait diagnostiqué l'ataxie.

Mort au mois de janvier 1892.

Couche optique gauche ayant l'aspect d'un caillot sanguin d'ancienne date; le microscope y révèle une dégénérescence très avancée.

On ne trouve dans la capsule interne qu'un très petit foyer de ramollissement à la partie antérieure. Très peu de chose dans le pédoncule inférieur qui relie la couche optique au lobe temporal. Rien dans le noyau lenticulaire. Rien dans le noyau caudé. Rien dans le plancher du 4e ventricule.

L. GALLIARD.

A case of ophthalmoplegia with Grave's disease, par Arthur MAUDE (*Brain, p.* 121, *part. LVII* 1892).

Une femme de 45 ans présente des symptômes de goître depuis l'âge de 18 ans, et du tremblement depuis quelques années. On la considère comme atteinte de maladie de Basedow, bien qu'elle n'ait pas d'exophtalmie: elle a seulement un léger retard du mouvement des paupières supérieures.

Le 11 mai 1891, elle a une crise de diarrhée, à laquelle elle est souvent sujette, et se plaint de souffrir des oreilles. On constate un léger catarrhe du conduit auditif et de l'oreille moyenne sans perforation du tympan. Les signes de ce catarrhe disparaissent le 15 mai.

Le 17 mai, crise gastrique. En même temps survient brusquement une paralysie faciale gauche, impliquant l'orbiculaire de la paupière. Quelques jours après, on constate une paralysie de la 6e paire, l'œil ne peut pas se porter en dehors. Le 25 mai, l'opthalmoplégie est complète pour l'œil gauche. Les pupilles, pendant ce temps, restent normales, toutes deux égales et sans mydriase.

Ces accidents sont fort passagers : le 5 juin, la paralysie faciale disparaît. Le 13, la malade a de l'exophtalmie.

L'auteur admet que cette paralysie faciale n'est pas en rapport avec la congestion de l'oreille, mais avec la maladie de Basedow, que l'ophthalmoplégie a été nucléaire et s'est produite par une lésion du plancher du 4e ventricule intéressant les noyaux de la 6e et de la 7e paire, et respectant le noyau auditif. Il rapproche ce cas de celui publié par Féréol dans les bulletins de la *Soc. méd. des Hôpitaux*, novembre 1874. H. R.

Zur Kenntniss schwerer Hirneiden im Gefolge von Influenza (Troubles cérébraux graves à la suite de l'influenza), par FÜRBRINGER (*Deutsche med. Woch., n°* 3, *p.* 45, 1892).

L'auteur décrit deux cas d'encéphalite hémorragique consécutive à l'influenza, l'un chez une fille de 27 ans, l'autre chez un homme de 32 ans. Dans le premier, foyers symétriques intéressant surtout les circonvolutions centrales; dans l'autre, destruction presque complète des ganglions centraux. La première malade présentait en outre des taches ecchymotiques de l'intestin grêle et de l'épiploon.

Deux fois l'auteur a vu la méningite suppurée, coïncidant une fois avec de la myosite hémorragique et de la néphrite hémorragique. Le premier sujet n'offrait qu'une bronchite suppurée, le second une pneumonie du lobe supérieur droit. Pas d'otite.

Deux malades enfin (une fille de 26 ans et une femme de 27 ans) ont présenté des symptômes méningitiques, mais ont fini par guérir. L. GALLIARD.

Cerebro-spinal meningitis, par F. TREVELYAN (*Brain, p.* 102, *part. LVII*, 1892).

Mémoire intéressant, dans lequel la méningite cérébrospinale est envisagée, non seulement comme une entité morbide spéciale, mais comme une complication possible de maladies infectieuses multiples (pneumonie,

endocardite ulcéreuse, diphtérie, angine tonsillaire). L'auteur fait remarquer que la présence du pus n'est nullement nécessaire pour créer la méningite cérébrospinale, et que les apparences peuvent indiquer une moelle saine; cependant, quand on cultive le liquide céphalorachidien, on le trouve riche en microbes, spécialement en streptocoques.

L'auteur publie 13 cas inédits de cette maladie; il insiste sur la fréquence des affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde comme cause première de l'infection qui retentit secondairement sur la moelle. H. R.

Case of extensive brain tumour, par COLLIER et RICE (*Brit. med. journ., p.* 1096, 21 *novembre* 1891).

Jeune homme de 21 ans, entre le 6 octobre à l'hôpital d'Oxford pour les symptômes suivants. Paralysie faciale gauche, ainsi que du nerf abducteur correspondant, diminution de l'acuité visuelle, bourdonnements des oreilles, diplopie, céphalée et vomissements. Tous ces troubles fonctionnels datent d'un mois, sans cause et sans syphilis antérieure. Névrite optique à l'examen ophtalmoscopique. Cécité progresive, affaiblissement des membres inférieurs : convulsion finale et mort subite. Dans les derniers jours de la vie, sensation d'odeurs désagréables qui n'avait pas persisté.

L'autopsie montra une tumeur colloïde, gélatiniformê, partant du lobe frontal droit, ayant envahi la lame criblée de l'ethmoïde et les fosses nasales, puis occupant dans le cerveau, non seulement l'hémisphère droit et les corps optostriés, mais le pédoncule cérébral, la moitié droite de la protubérance et du bulbe. Le cervelet était inctact. H. R.

Tumeur considérable de la région rolandique gauche, sans phénomènes paralytiques correspondants, par L. PICCHINI (*Archivio ital. di clin. medica, fasc.* 1, *p.* 110, 1892).

Il s'agissait, dans le cas rapporté par Picchini, d'un sarcome endothélial de la dure-mère, présentant les dimensions d'un gros œuf et qui, développé dans la région rolandique avait comprimé les circonvolutions sous-jacentes et déterminé l'atrophie d'une grande partie des circonvolutions pariétale ascendante, frontale ascendante et pariétale inférieure. Il en était résulté une cavité profonde de 4 centimètres, large de 5 centimètres, longue de 7 centimètres. Il n'existait aucun trouble moteur dans la moitié opposée du corps.

G. LYON.

Aphasie motrice pure avec lésion circonscrite, par BALLET et BOIX (*Arch. de neurol., septembre* 1892).

Homme, 43 ans, a eu quatre attaques de rhumatisme aigu, dont la troisième s'accompagna d'endopéricardite. Depuis cette époque, palpitations, dyspnée, gonflement des malléoles, avec d'autres petites attaques de rhumatisme. Un jour, couché dans son lit et lisant le journal, ce malade s'aperçut brusquement qu'il ne comprenait plus ce qu'il lisait; céphalalgie, délire. Le lendemain, il comprenait tout ce qu'on lui disait, voulait répondre, mais ne trouvait pas le mot. Pas de paralysie, pas de convulsions, pas de perte de connaissance. La cécité verbale disparaît après peu de temps, mais l'aphasie motrice ne commence à s'améliorer qu'au bout d'une quinzaine de jours. Un mois et demi après l'accident, on ne constate pas de surdité verbale appréciable, pas de cécité verbale, mais une aphasie motrice modérée, quoique très nette. Les accidents cardio-pulmonaires augmentent d'intensité, en même temps que persiste l'aphasie. Pas de troubles visuels, ni de la sensibilité, ni de la motilité; réflexes normaux. Mort huit mois après l'embolie cérébrale.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit, au niveau de la scissure de Sylvius un vaste foyer de ramollissement n'ayant amené pendant la vie d'autre symptôme qu'un affaiblissement général vague. Dans l'hémisphère gauche, lésion d'étendue minime, strictement localisée au centre de l'aphasie motrice de Broca, entre le pied de la 3e frontale et celui de la frontale ascendante, et ne produisant que l'aphasie motrice vraie mais incomplète. Le foyer ne mesurait donc pas l'étendue réelle du centre de l'aphasie motrice. Quant à la cécité verbale qui a existé passagèrement, elle n'infirme pas le titre d'aphasie motrice pure, car elle peut être attribuée à l'ictus primitif.

DESCOURTIS.

Multiple Sarcome des gesammten Nervensystems..., par v. HIPPEL (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, II*, 5 *et* 6, *p.* 388, 1892).

Névrite optique atrophique, nystagmus, céphalaïgie, vertige, voix scandée, démence progressive, vomissements, tremblement intentionnel, exagération des réflexes tendineux, démarche cérébello-ataxique, douleurs dans les extrémités.

A l'autopsie : Tumeur sarcomateuse correspondant à la moitié droite du cervelet, sarcomes multiples de la dure-mère cérébrale et spinale ainsi que de la pie-mère, des plexus choroïdes, du cerveau et de la moelle, sclérose diffuse du système nerveux central, sarcomes métastatiques de la peau.

Deux frères et sœurs présentaient des symptômes analogues à ceux de cette femme. L'auteur pense que c'est là l'indice de la nature héréditaire de cette affection ; ne serait-ce pas plutôt l'indice de sa nature infectieuse (P. M.).

Parmi les considérations auxquelles se livre v. Hippel à propos de ce cas, on en trouvera de particulièrement intéressantes sur le mode de production de ces sarcomes dans le tissu nerveux. P. MARIE.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Bulbär-Paralyse, par Hermann H. HOPPE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 14, *p.* 332, 4 *avril* 1892).

Il s'agit d'un cas évoluant comme une paralysie bulbaire, sans aucune lésion du système nerveux à l'autopsie.

Forgeron de 40 ans, sans antécédents morbides. Depuis l'âge de 28 ans, il a des bourdonnements d'oreille sans avoir jamais eu ni douleurs ni otorrhée. Il y a trois semaines, début de l'affection actuelle par des troubles croissants de la déglutition, de l'affaiblissement des muscles masticateurs et du nasonnement; quelques jours plus tard, chute des deux paupières supérieures, trouble de l'articulation des mots.

Front plissé transversalement d'une façon exagérée; ptose palpébrale plus marquée à droite; la fermeture des paupières est plus énergique à droite. Parésie du droit interne de l'œil droit et du droit supérieur de l'œil gauche. Commissures labiales un peu abaissées. Langue normale ainsi que les pupilles. Parésie du voile palatin. Pas de reflux par le nez durant la déglutition. Parésie des cordes vocales, plus forte à gauche. Ouïe affaiblie des deux côtés. Rien du côté des membres ni des sphincters. Aucun trouble de l'excitabilité électrique. Six mois après l'entrée, après un traitement par l'iodure de potassium et des électrisations, était survenue une amélioration considérable, bien qu'on constatât une parésie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Nouvelle aggravation, débutant graduellement six mois plus tard. Reflux des liquides par le nez. Parole mal articulée et très nasonnée. Paralysie complète du voile palatin. Disparition du réflexe pharyngien. Pas trace d'atrophie ni de

paralysie linguale. Impossibilité de siffler, malgré la mobilité intacte des lèvres. Affaiblissement des muscles masticateurs.

Huit mois plus tard, faiblesse des membres supérieurs; les mouvements les plus compromis sont ceux d'abduction de l'épaule et d'extension du coude. Émaciation intense. Fond de l'œil normal. Les liquides ne refluent plus par le nez malgré la déglutition laborieuse. Rien du côté des membres inférieurs. Réflexes rotuliens toujours normaux. Pouls accéléré à 104. Quelques jours plus tard, la dysphagie et l'impossibilité de mastiquer deviennent complètes; il survient de la fièvre et de l'anxiété. Mort au bout de 24 heures, un an et demi après le début de l'observation.

A l'autopsie, aucune autre lésion que des ganglions bronchiques tuberculeux et quelques granulations miliaires de la plèvre gauche. La moelle, dans toute son étendue, le bulbe, les tubercules quadrijumeaux, les ganglions de la base du cerveau ont fait l'objet d'environ 600 coupes microscopiques complètement négatives. Les circonvolutions centrales, les nerfs centraux et périphériques, les muscles de la langue et du palais ont été également examinés sans plus de résultat.

Les seules altérations constatées du côté du système nerveux central étaient de petites hémorragies préagoniques (vu leur caractère de fraîcheur et l'absence de phénomènes de réaction) dans les noyaux antérieurs central et latéral d'un des moteurs oculaires communs, dans le noyau du pneumogastrique, dans le noyau de Westphal et d'Edinger du côté droit et au-dessous du raphé des tubercules quadrijumeaux.

Hoppe a trouvé dans la littérature trois faits analogues au sien; ce sont ceux de Wilks (*Guy's Hosp. Reports*, 1870) concernant une jeune fille de 19 ans, d'Oppenheim (*R. S. M.*, XXXI, 95) et d'Eisenlohr (*Neurologisches Centralblatt*, 1887), concernant aussi une jeune fille de 18 ans. Il s'agit d'une affection à évolution chronique qui, trois fois sur quatre a débuté par le nerf moteur oculaire commun; puis la paralysie a envahi, plus ou moins rapidement, le facial supérieur et l'inférieur, la branche motrice du trijumeau, le glossopharyngien, l'accessoire de Willis et en dernier lieu le pneumogastrique.

Ce n'est pas la paralysie progressive du bulbe, du type de Duchenne, ni la paralysie bulbaire aiguë, ni la paralysie pseudo-bulbaire, ni une affection des nerfs périphériques à symptômes bulbaires. Oppenheim la regarde comme une névrose du bulbe, tandis que Hoppe serait disposé à y voir une intoxication chronique par un agent inconnu, tout en formulant la réserve qu'il existe peut-être des lésions de l'écorce centrale, inaccessibles aux moyens d'investigation ordinaires. J. B.

Study of a case of bulbar paralysis, wites notes on the origin of certain cranial nerves, par Howard TOOTH et W. Aldren TURNER (*Brain*, p. 743, 1891).

L'observation qui fait l'objet de cet important mémoire peut ainsi se résumer : Attaque d'apoplexie chez un homme de 43 ans, débutant par de l'aphonie, suivie bientôt d'une hémiplégie droite incomplète et plus tard de dysphagie. A son entrée à l'hôpital, on constate une paralysie de la langue, des lèvres, du palais, des cordes vocales; de la faiblesse et de l'atrophie du bras et de la jambe droite; de la difficulté dans l'articulation des mots. Ultérieurement survient une paralysie complète du côté droit, incomplète à gauche, une paralysie des muscles du cou et des muscles de la déglutition, finalement une paralysie du diaphragme. Pas de troubles fonctionnels des muscles de l'œil ni des sphincters. Mort au bout de 16 mois.

L'autopsie des centres nerveux fit voir les lésions microscopiques suivantes :

1° Zone motrice de l'écorce normale, ainsi que les fibres des capsules internes et des pédoncules du cerveau;

2° Tractus pyramidaux de la partie supérieure et moyenne de la protubérance profondément dégénérés et sclérosés;

3° Faisceaux pyramidaux croisés dégénérés dans toute l'étendue la moelle : quelques fibres restées saines au-dessous de la décussation des pyramides.

Le faisceau pyramidal direct est dégénéré jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre.

5° Les nerfs craniens lésés sont les suivants :

a. Noyau moteur de la cinquième paire (noyau masticateur.)

b. Noyau de la septième paire atrophié et dégénéré : surtout dans sa racine ascendante.

c. Noyau de l'hypoglosse complètement détruit, atrophie de ses racines.

6° Les autres paires craniennes sont intactes, à savoir : les noyaux de la 3e paire, de la 6e, de la 7e, 9e, 10e, 11e.

7° La substance grise de la moelle est atrophiée, surtout au niveau des cornes antérieures, depuis la région cervicale jusqu'à la région lombaire, avec diminution correspondante des racines spinales. La colonne vésiculaire postérieure est au contraire normale.

Des détails anatomiques de cette autopsie, les auteurs tirent les conclusions suivantes au sujet de la structure et de l'innervation des muscles de la face.

Les muscles de la face peuvent se diviser en trois groupes. Le premier comprend le groupe oculo-facial (frontal, orbiculaire et sourcilier). Le second comprend les élévateurs et abaisseurs de la commissure labiale (zygomatique, risorius et buccinateur). Le troisième comprend l'orbiculaire des lèvres. Tous ces muscles sont innervés par des fibres incluses dans le noyau facial; d'où leur paralysie commune quand le nerf est lésé dans sa portion périphérique. Quand le noyau facial est seul intéressé, il s'ensuit une paralysie limitée aux muscles du groupe moyen. Le groupe supérieur est paralysé, quand le noyau oculo-moteur est atteint.

La paralysie de l'orbiculaire des lèvres est associée à celle du groupe lingual, et les fibres nerveuses qui s'y rendent proviennent vraisemblablement du noyau hypoglosse. Le trajet de ces fibres dans le facial est mal connu; il est probable qu'elles longent le faisceau longitudinal postérieur, lequel paraît être constitué par les fibres provenant du noyau supérieur (oculo-moteur.)

La 11e paire ou spinal accessoire contient, on le sait, des fibres motrices destinées au voile du palais et aux cordes vocales. Le noyau apparent de ce nerf ne se distingue pas de celui du vague dont il est le prolongement inférieur. Ses fibres motrices qui innervent le voile du palais et le larynx sont suivant toute probabilité dérivées de la région du noyau hypoglosse. H. R.

La paralysie générale spinale diffuse subaiguë de Duchenne (de Boulogne) représente-t-elle un type clinique distinct de myélite diffuse? par LEROY (*Arch. de neurol.*, *juillet* 1892).

Malgré l'opinion contraire de Vulpian, Leroy admet l'existence d'une myélite centrale diffuse subaiguë, correspondant à ce que Duchenne (de

Boulogne) a appelé paralysie générale spinale diffuse subaiguë. Il cite une observation qui serait un type de cette maladie.

Homme, 32 ans, employé, sans antécédents personnels ou héréditaires. Début brusque, au réveil, sans aucun phénomène prémonitoire, par une paraplégie des membres inférieurs. Dix jours après, paralysie des réservoirs. Vers le 21e jour, envahissement des membres supérieurs. Extension des phénomènes paralytiques à la face et à l'œil : diplopie, chute de la paupière supérieure à droite, déviation du globe oculaire en dehors de ce côté. Affaiblissement de l'action des muscles des lèvres, léger nasonnement dans la prononciation. La paralysie s'accompagne d'atrophie très prononcée des quatre extrémités des membres, répartie avec une remarquable symétrie. Eschare sacrée. Mort par complications inflammatoires des voies urinaires.

DESCOURTIS.

On hereditary ataxy, par Sanger BROWN (*Brain, part. XL, p.* 250, 1892).

On sait que Ladame a donné pour caractères pathognomoniques de l'ataxie héréditaire les symptômes suivants : Incoordination lente et progressive des quatre membres, datant de l'enfance et attaquant plusieurs personnes de la même famille, commençant par les jambes et envahissant le tronc et les bras, finalement la langue, le larynx et les yeux; n'amenant pas de troubles sensitifs, ni d'anomalies oculopupillaires, ni de douleurs fulgurantes, ni de paralysies des sphincters.

Sanger Brown a vu 21 cas de cette maladie, et il diffère de Ladame en plusieurs points.

Pour lui, l'affection se transmet à travers plusieurs générations, croissant en étendue et en intensité, elle tend à se manifester plus tôt, et à marcher de plus en plus vite à la 3e ou à la 4e génération. Elle se rencontre d'ordinaire entre 16 et 35 ans, mais peut débuter à 11 ans et à 45 ans. L'hérédité féminine est plus commune que l'hérédité masculine.

Le début habituel est bien celui indiqué par Ladame; cependant l'auteur a vu l'incoordination commencer par les membres supérieurs et même par la parole. Elle est toujours prononcée, mais ne s'exagère pas les yeux fermés. Il peut y avoir des contractions spastiques des jambes et des mouvements choréiformes de la tête et des bras. Souvent du ptosis palpébral et de la diplopie passagère, mais jamais de nystagmus. L'atrophie du nerf optique est la règle et c'est un symptôme précoce : l'iris accommode mal et est paresseux à la lumière; il peut y avoir ophtalmoplégie complète. De même, l'articulation des mots et la déglutition sont fréquemment touchées. Les sphincters, enfin, peuvent être affectés, et l'on peut observer des crises de douleurs fulgurantes.

Contrairement à l'assertion de Ladame, le réflexe rotulien n'est pas aboli primitivement : il est, au contraire, exagéré à la phase initiale. L'atrophie musculaire se rencontre aux dernières périodes de la maladie.

Ces conclusions de Sanger Brown ne sont pas admises par tous les neuropathologistes.

Ormerod, de Londres, croit que l'auteur américain a décrit un type nouveau et fort intéressant de maladie nerveuse héréditaire, qui n'est pas la maladie de Friedreich ni de Ladame ; la différence des symptômes oculaires, de la contracture, du réflexe patellaire, de l'ophtalmoplégie est très considérable.

Ormerod rapproche des faits signalés par Sanger Brown, l'histoire des trois frères Stübe, rapportés par Nonne dans les *Arch. f. Psychiatrie*, XXII, p. 283, 1891, qui est très analogue. Dans un cas, l'autopsie fut faite et on ne trouva point de dégénération des cordons spinaux; il n'y avait qu'une atrophie manifeste des nerfs optiques. Même analogie avec le fait de Menzel (*Arch. f. Psych.*, XXII).

Bernhardt, de Berlin, ne regarde pas non plus les faits de Sanger Brown comme des exemples typiques de maladie de Friedreich. Toutefois ils appartiennent à la même série morbide caractérisée par un défaut de développement des centres nerveux, moelle, bulbe, cervelet et encéphale. Les dégénérescences nerveuses secondaires peuvent manquer ou exister : de là les variétés cliniques présentées par les malades. H. R.

Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, par CARRIÈRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Sous l'influence d'altérations du nerf trijumeau, on voit parfois, chez les ataxiques, se produire une résorption du bord alvéolaire avec chute des dents. En dehors du tabes on a vu (4 cas) survenir des accidents analogues; mais il progressent bien plus lentement, et mettent plusieurs années à se compléter. La muqueuse reste saine en apparence; elle est anesthésiée. Il se fait une résorption des alvéoles plus complète à la mâchoire supérieure. La lésion s'étend à la voûte palatine; elle ouvre les sinus maxillaires et perfore le palais en faisant largement communiquer la bouche avec les fosses nasales. LEFLAIVE.

L'anesthésie hystérique, par Pierre JANET (*Arch. de neurol., mai* 1892).

Selon Pierre Janet, l'anesthésie hystérique n'est pas une maladie organique, c'est une maladie mentale, une maladie psychologique. Elle existe non dans les membres, ni dans la moelle, mais dans l'esprit représenté, si l'on veut, par les régions corticales du cerveau. Dans l'esprit lui-même, elle porte sur un phénomène tout particulier ; ce n'est aucunement une altération des sensations élémentaires qui restent ce qu'elles doivent être et qui conservent toutes leurs propriétés. Elle porte sur une opération très spéciale, sur la perception personnelle qui nous permet à chaque moment de la vie de rattacher entre elles et de rattacher à la notion de personnalité les sensations nouvelles. Elle est due à une faiblesse de cette synthèse des éléments psychologiques appelée par P. Janet la désagrégation psychologique. L'anesthésie hystérique est donc une maladie de personnalité. DESCOURTIS.

Ueber cerebral bedingte optische Hyperaesthesie, par C. S. FREUND (*Neurologisches Centralblatt, n°* 17, *p.* 530, 1892).

Chez plusieurs malades récemment atteints d'hystéro-traumatisme, l'auteur a remarqué que le champ visuel était non pas diminué mais augmenté et qu'il atteignait pour le blanc 110° et jusqu'à 115° (au lieu de 90° et de 95°); pour les couleurs, au lieu d'être, comme normalement, séparées soit entre elles, soit de la limite du blanc par des intervalles de 5 à 20°, on trouvait qu'elles avaient toutes à peu près les mêmes contours et

qu'elles étaient au contraire séparées de la limite du blanc par un intervalle plus ou moins grand. Dans ces cas on constatait également la tendance au rétrécissement du champ visuel sous l'influence de la fatigue (Verschiebungstypus de Förster). Plus tard Freund a vu ces cas évoluer vers le rétrécissement du champ visuel.

Ce phénomène s'expliquerait en admettant l'hypothèse de Aubert d'après laquelle les parties périphériques de la rétine ne seraient pas à proprement parler aveugles pour les couleurs, mais pourraient percevoir celles-ci quand elles se trouvent dans des conditions spéciales.

D'autre part en examinant ces malades avec une diminution d'éclairage telle que l'acuité visuelle n'était plus de 4/50 (lettres en relief bleues), on constatait que du côté où existait auparavant une augmentation du champ visuel les couleurs n'étaient plus guère perçues qu'au point de fixation, tandis que du côté de l'œil normal leurs limites étaient plus étendues. C'est ce résultat que Freund formule de la manière suivante, « Des excitations relativement fortes telles que la vive lumière du jour déterminent une activité fonctionnelle hypernormale, tandis que avec des excitations plus faibles l'activité fonctionnelle tombe au-dessous de la normale. » PIERRE MARIE.

I. — Weitere Bemerkungen über Akinesia algera, par P. J. MÖBIUS (*Deutsche* (*Zeitschft. f. Nervenheilk.*, *II*, *p.* 436).

II. — Zur Casuistik der Akinesia algera, par J. LONGARD (*Ibid.*, *II*, *p.* 455).

I. — L'akinésie algère est un syndrôme décrit par Möbius et consistant en une impotence motrice due à la douleur provoquée par les mouvements, sans qu'il existe aucun substratum appréciable pour expliquer la production de ces douleurs. Möbius étend l'acception de l'akinésie algère en ne limitant pas celle-ci seulement à l'impotence motrice, mais à toutes les impotences fonctionnelles, c'est ce qu'il nomme l'apraxie algère.

Dans ces cas dont les relations avec la neurasthénie sont intimes, « le cerveau surmené est douloureux non seulement à l'occasion de la pensée, mais encore de la marche et de la vision. »

Le présent travail est en grande partie consacré à rapporter l'observation du célèbre Fechner qui était atteint d'akinésie algère pour la vision; les sensations éprouvées par cet illustre savant sont décrites avec de grands détails.

En terminant, Möbius fournit des renseignements sur deux des malades dont il avait donné l'observation dans son premier travail, l'un de ces malades est mort, à l'autopsie il existait quelques épaississements des méninges.

La dernière observation concerne un cas d'atrémie chez une femme de 36 ans qui, à la suite d'une tentative de suicide, dut être internée dans un asile.

II. — Il s'agit d'une malade de 38 ans soignée dans le service de F. Schultze présentant le syndrome décrit par Möbius sous le nom d'akinésie algère. Excitation psychique vive, douleurs généralisées empêchant toute espèce de mouvements, insomnie; la seule modification objective consistait dans l'exagération des réflexes rotuliens. PIERRE MARIE.

Two cases of general cutaneous and sensory anesthœsia, par Henry BERKLEY (*Brain, p.* 441, *part. LIV*, 1891).

Relations de deux observations en apparence semblables : caractérisées par une perte complète et générale de toutes les sensibilités, y compris le goût et l'odorat, et une diminution du sens musculaire et des perceptions auditives. Les deux malades avaient également des douleurs névralgiques localisées aux extrémités; mais la seconde présentait de la parésie motrice. tandis que la première n'avait aucun trouble du mouvement. Toutes deux avaient eu la syphilis, mais l'auteur ne croit guère à ce facteur étiologique. Chez la première malade, il incrimine des tendances névropathiques héréditaires et admet plutôt une psychose générale qu'une syringomyélie. Dans le second cas, il suppose l'existence d'une affection centrale de la substance grise de la moelle combinée à une névrite périphérique généralisée. H. R.

A new consideration of hereditary chorea, par R. M. PHELPS (*The Journal of nerv. diseases, octobre* 1892).

Dans une enquête à laquelle il s'est livré auprès des médecins de 50 asiles des États-Unis, Phelps est arrivé à rassembler 11 nouveaux cas de chorée héréditaire, il en a en outre observé 5 autres cas. De l'examen de ces faits il est conduit à considérer que la chorée héréditaire se comporte en grande partie comme la paralysie générale et que de grandes analogies existent entre ces deux affections. PIERRE MARIE.

Astasie-abasie à type choréique. Arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines régions, par E. WEILL (*Arch. de neurol., janvier* 1892).

L..., 28 ans, lingère, célibataire; rougeole dans l'enfance; à 21 ans, variole, puis hoquet qui a persisté trois ans; au moins d'avril 1891, fièvre typhoïde, dans la convalescence de laquelle on voit éclater trois catégories d'accidents : des crises d'hystérie convulsives, des accès de hoquet, enfin, du côté des membres inférieurs, des phénomènes d'incoordination motrice, qui ne surgissaient qu'à l'occasion de la station debout et de la marche, et qui avaient les caractères de l'astasie choréique décrite par Charcot. Entrée à l'hôpital le 6 juin 1891, on constate un phénomène particulier, qui n'a pas été noté dans les observations similaires, c'est qu'on peut permettre à la malade de se tenir debout et même de marcher, quand on presse sur ses épaules, sur la partie postérieure du tronc et sur les régions fessières.

DESCOURTIS.

Corea elettrica o mioclonia ellettroide di origine gastrica, par R. MASSALONGO (*La Riforma medica, p.* 471, 20 *août* 1892).

La chorée électrique de Bergeron et Henoch n'est qu'une variété de paramyoclonus; il est plus exact de l'appeler myoclonie électroïde. Les myoclonies ne sont pas toujours l'expression de troubles fonctionnels du système nerveux. Il y a une variété de myoclonie à secousses brusques, violentes, fulgurantes, appelée pour cela myoclonie électroïde, qui est due à des troubles gastriques, qui est d'origine toxique, et dans laquelle on doit recourir à un traitement dirigé contre l'affection gastrique. GEORGES THIBIERGE.

Some clinical features of Bell's palsy as illustrated by three cases, par W. EVANS (*Journ. of nervous and mental diseases, juin* 1892).

La contracture secondaire est assez fréquente comme conséquence de

la paralysie de Bell. Cette contracture peut survenir même après une guérison apparente. Parfois, malgré cette contracture, le malade est capable de se servir des muscles de la face d'une façon assez complète (souffleurs de verre, etc...) PIERRE MARIE.

Note sur la névralgie épileptique de la face, par FÉRÉ (*Revue de médecine, 10 juillet* 1992).

Un homme de 42 ans, fils d'une mère épileptique, sans trace de syphilis acquise, présenta vers l'âge de 40 ans, des douleurs névralgiques localisées d'abord au trou mentonnier et se manifestant par des douleurs que le malade désigne par l'expression de douleurs « en coup de fusil » parce qu'il lui semblait recevoir brusquement un certain nombre de grains de plomb et qu'on voyait sur la peau, au moment du choc douloureux, une multitude de petits points rouges qui s'étendaient ensuite jusqu'à se confondre. Les accès d'abord assez éloignés sont devenus de plus en plus fréquents, des mouvements convulsifs sont apparus ensuite en même temps que les accès augmentaient de durée.

Au bout de 5 ou 6 ans survinrent des attaques convulsives généralisées accompagnées de perte de connaissance, de morsure de la langue, d'émission involontaire de l'urine; après l'attaque, sommeil prolongé. Ces crises épileptiques se reproduisent à intervalles assez rapprochés; elles sont influencées d'une façon très nette par le bromure de potassium ce qui établit un lien de plus entre elles et l'épilepsie vraie.

En somme, on retrouve là tous les caractères des manifestations épileptiques vraies; il semble donc que l'étiquette névralgie épileptiforme de la face, telle que l'entendait Trousseau, convienne parfaitement à ce cas. On y trouve en effet l'hérédité, la tendance au sommeil consécutif à l'attaque et le synchronisme dans l'évolution des troubles, trois caractères qui, de l'avis de Trousseau lui-même, manquent souvent pour compléter l'analogie entre la névralgie épileptiforme et les manifestations épileptiques. C. GIRAUDEAU.

I. — Etude clinique de la cardio-sclérose, par H. HUCHARD (*Rev. de méd., juin-septembre* 1892).

II. — L'artério-sclérose du cœur à type myo-valvulaire, par HUCHARD (*Arch. gén. de méd., juillet* 1892).

III. — Artérites chroniques et artério-sclérose, par HUCHARD (*Gaz. hebd. de méd. Paris, juin* 1892).

IV. — Traitement et curabilité des cardiopathies artérielles, par HUCHARD (*Bull. gén. de thér., août* 1892).

I à IV. — Sous le nom de cardio-sclérose, Huchard étudie les scléroses du cœur consécutives à l'artério-sclérose de cet organe. C'est le type des cardiopathies d'origine vasculaire ou artérielle à l'étude desquelles il s'est attaché depuis plus de dix ans et qu'il oppose aux cardiopathies d'origine valvulaire, celles-ci étant presque toujours d'origine rhumatismale.

Le processus scléreux peut envahir diversement l'organe central de la circulation, en frappant : 1° les artères nourricières du cœur avec participation consécutive du myocarde et du tissu conjonctif; 2° l'aorte et les appareils valvulaires de l'organe (mais dans ce dernier cas, le myo-

carde et tout le système artériel sont altérés). De là deux sortes de cardiopathies artérielles, les unes à type myocardique, les autres à type valvulaire. Toutes deux présentent un certain nombre de symptômes communs.

L'artério-sclérose du cœur est, en effet, l'expression locale d'une maladie le plus souvent généralisée à tout le système artériel et pouvant sur certains sujets frapper de préférence tel ou tel organe (reins, cœur, foie, poumons, système nerveux) ou bien atteindre simultanément plusieurs d'entre eux.

L'artério-sclérose du cœur une fois confirmée se traduit en clinique par de la dyspnée d'effort, puis par de la dyspnée douloureuse, des poussées de congestions actives du poumon allant parfois jusqu'à l'hémoptysie et l'œdème aigu pulmonaire, des accès de suffocation offrant plusieurs points de ressemblance avec l'asthme, des quintes de toux coqueluchoïde, enfin, plus tard, par de la congestion subaiguë ou chronique au niveau des bases des deux poumons. Ces dyspnées peuvent être d'origine toxique, nervo-réflexe ou mécanique : d'où des indications thérapeutiques différentes, le régime lacté convenant aux dyspnées toxiques, le KB, à haute dose convenant aux dyspnées nervo-réflexes, la digitale le plus souvent aux dyspnées mécaniques. Du côté de l'aorte on observe le retentissement diastolique, les battements anormaux des artères qui en naissent, l'augmentation de la matité aortique et l'élévation des sous-clavières, la dilatation fonctionnelle et plus tard organique de la crosse aortique.

La voussure précordiale n'est pas très accusée et cependant la matité cardiaque est toujours augmentée, car le cœur est hypertrophié et, en outre, il se trouve en imminence continuelle de dilatation cardiaque. La pointe est abaissée et reportée en dehors et parfois, surtout au début de la maladie, il y a un désaccord entre la force et l'énergie des battements cardiaques et la faiblesse relative du pouls.

A cette période, le pouls conserve encore les caractères généraux du pouls de l'artério-sclérose, mais bientôt il devient le plus souvent irrégulier, inégal, faible et intermittent, parfois instable, parfois encore variable, c'est-à-dire qu'un jour il présente les caractères du pouls mitral, et à un autre moment ceux du pouls aortique, la récurrence radiale est diminuée et souvent les deux pouls radiaux sont inégaux, le gauche restant toujours plus faible que celui de droite.

Au début de la maladie, les palpitations sont fréquentes, souvent il y a de la tachycardie avec ou sans bruit de galop ou bien de l'arythmie d'après le nombre, d'après la force ou même d'après la forme. Chez d'autres malades à une période avancée on constate le phénomène décrit sous le nom de rythme couplé du cœur comprenant plusieurs degrés et enfin le pouls alternant. Tout ce chapitre du travail est à lire attentivement car il contient une excellente étude des diverses sortes d'arythmie et la physiologie pathologique de ce syndrome y est très étudiée. Quant à la douleur développée par la pression et signalée par plusieurs auteurs, comme signe de myocardite, elle n'aurait aucune importance.

Nombreuses sont les formes cliniques que peut revêtir l'artério-sclérose du cœur : Les principales sont les formes douloureuse ou sténocardique, arythmique et tachycardique, asystolique ou cardiectasique,

et myo-valvulaire. Cette dernière est très intéressante à cause des erreurs de diagnostic que l'auscultation cardiaque peut engendrer lorsqu'elle est pratiquée seule, c'est-à-dire sans tenir compte des caractères du pouls et de l'état de la tension artérielle. Huchard sous forme de tableau synoptique a tracé le parallèle détaillé de l'insuffisance mitrale endocardique d'origine rhumatismale et de l'insuffisance mitrale endartérique d'origine scléreuse. Il a montré l'état différent de la tension artérielle dans les deux cas ; hypertension dans le dernier (sauf à la fin), hypotension dans le premier.

Puis viennent les formes de cardio-scléroses associées et celles-ci sont également nombreuses : cardio-rénale, cardio-hépatique, cardio-bulbaire, cardio-pulmonaire dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

L'artério-sclérose du cœur présente au point de vue de la marche trois périodes : artérielle, cardio-artérielle, mitro-artérielle.

Le chapitre consacré au diagnostic comprend tout d'abord un parallèle clinique des cardiopathies vasculaires et des cardiopathies valvulaires. Elles diffèrent sur une foule de points ; absence prolongée de souffle dans les cardio-sclérose, facies différent, asystolie à évolutions plus rapides, plus aiguës et plus facilement curables, au début du moins, âge différent des malades, hypertension et non hypotension artérielle comme chez les malades atteints d'affections valvulaires, enfin stigmates de l'artério-sclérose, gravité des affections bronchitiques et pulmonaires chez les artério-scléreux, association fréquente avec les lésions scléreuses des autres organes, coexistence fréquente d'une aortite subaiguë ou chronique, et, à une période avancée, l'apparition d'une véritable cachexie artérielle sèche bien différente de la cachexie humide des cardiaques non scléreux. Les cardio-scléroses commencent par le cœur périphérique pour finir au cœur central. Les cardiopathies valvulaires au contraire, commencent par le cœur central pour finir par le cœur périphérique.

La seconde partie du chapitre diagnostic est consacrée à la différenciation des cardio-scléroses d'avec les autres variétés de myocardites chroniques, *a*) scléreuse hypertrophique, *b*) interstitielle, *c*) segmentaire essentielle *d*) granulée graisseuse et d'avec le cœur rénal de la néphrite interstitielle, la péricardite, la tuberculose pulmonaire, enfin avec diverses arythmies et en particulier l'arythmie angoissante paroxystique, maladie nouvelle qui n'est décrite par aucun auteur.

A propos de l'anatomie pathologique, l'auteur admet trois sortes de scléroses : les scléroses inflammatoire, dystrophique et mixte ; mais, selon lui et son élève Weber, c'est la sclérose dystrophique qui est de beaucoup la plus fréquente et il entre dans l'étude de ce qu'il a étudié sous le nom de : localisations myocardiques, sclérose de la cloison, sclérose de la pointe, etc., et montre que certaines modalités cliniques répondent de préférence à chacune d'elles. Du reste, ce chapitre est encore à l'étude. — Il soutient énergiquement la production de la sclérose consécutivement à l'oblitération artérielle et montre que si, dans certains cas, cette sclérose semble faire défaut alors que la thrombose artérielle existe, c'est qu'il s'est développé une circulation supplémentaire qui, normale chez certains sujets, peut se produire à l'état pathologique. A signaler également dans ce chapitre l'étude des infarctus du cœur,

et de leur rôle pour expliquer la formation des anévrismes de cet organe.

La thérapeutique doit être artérielle lorsque la lésion n'a envahi que les vaisseaux sans pénétrer encore l'intimité des organes. C'est à ce moment que l'on agit avec le plus de chances de succès, et que l'alimentation, la gymnastique, la massothérapie, la médication iodurée se trouveront indiquées.

Lorsque l'affection a atteint la phase cardio-artérielle, la même médication sera continuée en y ajoutant parfois l'emploi de la digitale et des toniques cardiaques. Plus tard enfin, lorsque la maladie est devenue mitro-artérielle, la thérapeutique devra être surtout palliative en s'adressant principalement aux toniques du cœur. C. GIRAUDEAU.

Ueber die sogenannte Periarteritis nodosa, par Morley FLETCHER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XI*, 3, *p.* 325).

Dans cette variété rare d'artérite, les lésions siègent dans les petites artères, commençant par un épaississement de la tunique interne. Dans les cellules du tissu conjonctif de la tunique adventice, il se fait une vive multiplication, avec pénétration de leucocytes. Plus tard la tunique moyenne, attaquée des deux côtés, se laisse perforer et détruire, en sorte que la paroi du vaisseau finit par n'être plus constituée par places que par un tissu en voie de prolifération et est, en conséquence, exposée aux ectasies.

Dans la tunique interne et la moyenne, il se fait souvent une accumulation de leucocytes et de fibrine. La grandeur de l'ectasie dépend du tissu dans lequel sont placées les artères malades. Au dernier stade, il se fait une thrombose oblitérant le reste de la lumière du vaisseau.

Cette maladie particulière des artères est due à un processus général infectieux sur la nature duquel il est difficile de s'entendre. Il agit probablement tout d'abord sur la tunique interne, par l'intermédiaire du sang. Il n'est pas probable qu'il s'agisse d'une action directe de la syphilis. Cependant l'auteur dit n'avoir pas pu trouver de bactéries dans les foyers d'artérite noueuse proliférante, nom qu'il propose de donner à cette lésion. C. LUZET.

On malignant endocarditis, par Fred. TAYLOR (*Guy's hosp. Rep., XLVIII*, *p.* 169).

Mémoire intéressant au point de vue clinique par le grand nombre d'observations (54) qu'il relate, mais ne donnant aucun résultat bactériologique nouveau. Les observations sont groupées en plusieurs catégories.

1° Dix-huit cas dans lesquels la symptomatologie était celle d'un état typhoïde avec pyrexie, sans prédominance de troubles cardiaques.

2° Neuf à symptomatologie identique à celle de l'infection purulente et infarctus septiques. Sept fois le cœur droit était le siège de lésions ulcéreuses.

3° Treize cas à prédominance de symptômes cardiaques et terminés par asystolie.

4° Six cas compliqués d'embolie cérébrale.

5° Sept observations avec complications diverses, dont la méningite est la plus commune. H. R.

Beitrag zur Frage über Bradycardie, par SENDLER (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 31, *p.* 642, 1892).

Une femme de 35 ans se plaint de faiblesse générale et de syncopes répétées depuis six mois. Le cœur, augmenté de volume, bat faiblement et fait entendre un souffle systolique rapeux au niveau de l'origine des gros vaisseaux. Le pouls, faible, régulier, bat 40 fois par minute, et au moment des syncopes, il tombe au-dessous de 30. Cette femme meurt subitement dans une syncope. A l'autopsie on trouve de l'hyperémie du cerveau et des méninges; le cœur, adipeux, est hypertrophié surtout du côté droit; l'orifice de l'artère pulmonaire est rétréci par une sorte de tumeur fibreuse du volume d'une noix, située au-dessous de l'implantation des valvules sigmoïdes.

Sendler attribue la bradycardie à la gêne circulatoire causée par cette tumeur. LEFLAIVE.

Ueber Schlussunfaehigkeit der Lungenarterienklappen (De l'insuffisance des valvules pulmonaires), par GERHARDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 20, *p.* 495, 16 *mai* 1892).

L'étude de Gerhardt repose sur 29 cas d'insuffisance pulmonaire vérifiés à l'autopsie. Un cinquième d'entre eux étaient dus au rhumatisme articulaire aigu; les autres reconnaissaient pour cause la fièvre puerpérale, un traumatisme, la blennorragie, la syphilis, etc. L'origine congénitale est également fréquente.

Les cas purs sont très rares; le plus souvent, il y a coexistence de lésions des valvules aortiques.

Les symptômes sont : la dilatation du cœur droit qui se révèle par l'abaissement du ventricule droit, le souffle diastolique avec siège de prédilection au bord gauche du sternum, plus fort pendant l'expiration, à timbre plus grave que celui de l'insuffisance aortique.

Les embolies et infarctus hémorragiques dans les poumons sont fréquents.

Quand on introduit un manomètre dans la narine droite, qu'on bouche l'autre narine et qu'on fait suspendre la respiration, on peut obtenir la courbe approximative du pouls pulmonaire. Chez les individus sains et chez ceux atteints d'insuffisance aortique, on obtient une courbe peu élevée avec une faible ascension secondaire, immédiatement derrière le sommet, tandis que dans l'insuffisance pulmonaire, on a un pouls manifestement dicrote (*R. S. M.*, XXXIII, 509; XXXIV, 130). J. B.

Klinische Untersuchungen über die graphische Herstellung... (Recherches cliniques sur les graphiques du cœur et du pouls dans les conditions anatomiques normales du côté du cœur et des vaisseaux), par MAXIMOVITSCH (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *XXXXIX*, *p.* 394, 1892).

Voici les conclusions de l'auteur. Le rythme physiologique des battements du cœur normal et celui du pouls, au point de vue de la durée de la révolution cardiaque et de chacune de leurs phases, ne peut être considéré comme mathématiquement régulier. Cette irrégularité se compense physiquement et physiologiquement par le moyen de la respiration.

Ce que le pouls a perdu de force et de rapidité pendant l'inspiration se compense pendant l'expiration. Chez l'homme sain, l'irrégularité mathématique de la durée de la révolution cardiaque et de celle de ses phases s'exprime sur les tracés par les différences qui existent entre le maximum et le minimum causés par la respiration. Si le cœur et les vaisseaux sont sains, cette irrégularité se maintient dans certaines limites, autant pour le ralentissement que pour l'accélération. Dans ces conditions, la différence ne dépasse pas la révolution cardiaque 0″2 à 0″3, et pour les phases en particulier 0″8 à 0″14. Les médicaments qui régularisent d'une façon quelconque l'activité cardiaque (digitaline, convallaria, chloral, morphine) diminuent les différences entre les maxima et les minima des révolutions cardiaques et de leurs diverses phases. C. LUZET.

Ueber die Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphterie (Maladies du myocarde ...), par E. ROMBERG (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLIX, p.* 413, 1892).

Ce travail traite de la description clinique des différents types de myocardite. Le début de la dilatation cardiaque de la fièvre typhoïde semble se faire dans le cours de la 2e semaine. Dans la scarlatine elle se montre dès le 4e jour, et l'emporte sur les altérations parenchymateuses; dans la diphtérie elle commence un peu plus tard, ce qui est particulier c'est le haut degré de la dégénérescence graisseuse. Parmi les symptômes R. insiste sur la dilatation dans la fièvre typhoïde; elle est extraordinairement fréquente, elle débute dès la seconde semaine. Elle disparaît d'autant plus vite qu'elle a apparu plus tardivement. La dilatation est rare dans la diphtérie; moins rare dans la scarlatine.

La myocardite affecte suivant les origines des aspects un peu différents. Dans la diphtérie elle débute après l'affection pharyngienne et se caractérise par l'irrégularité et l'inégalité du pouls, une faiblesse cardiaque plus ou moins marquée, un ralentissement ou une accélération modérée et principalement une modification rapide du rythme, par la fréquence des dilatations et par l'augmentation quelquefois rapide du malaise général. Dans la scarlatine, la myocardite se montre surtout dans le cas où il y a eu dilatation du cœur pendant la période fébrile, elle n'influe pas sur l'état général. La myocardite typhoïde débute par une accélération souvent très considérable du pouls, les irrégularités et inégalités ne surviennent que quelques jours plus tard. C. LUZET.

Ueber primäre chronische Myocarditis (De la myocardite chronique primitive), par KELLE (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLIX, p.* 442, 1892).

La myocardite chronique primitive est une affection fréquente, on le sait aujourd'hui, à l'inverse de la sclérose des coronaires elle se rencontre chez des individus de tout âge. Son début est ordinairement latent et plus ou moins long : le cœur est volumineux par dilatation, le choc de la pointe est remarquablement fort, facile à modifier. Des souffles fonctionnels peuvent se faire entendre; les valvules se ferment mal non-seulement en raison de la dilatation, mais aussi de l'insuffisance du rétrécissement systolique des orifices du cœur. Les artères sont saines; les symptômes subjectifs n'ont rien de spécial; quelquefois il existe de la fièvre.

Les lésions du myocarde sont les suivantes : dégénérescence graisseuse, disparition par places de la striation, foyers de nécrose, et lésions interstitielles formées soit par des accumulations de cellules rondes, soit par du tissu conjonctif jeune, soit par du véritable tissu de cicatrice.

Au point de vue étiologique, l'auteur croit pouvoir invoquer l'infection soit évidente soit latente. C. LUZET.

Rupture de l'aorte thoracique chez un jeune homme de 20 ans, par P. BROUARDEL et Ch. VIBERT (*Annales d'hyg. publ.*, *XXVII*, 451, *mai* 1892).

Étudiant en médecine de 20 ans, ayant eu à l'âge de 5 ans, une fièvre typhoïde. Depuis lors, jamais malade.

Brusquement dans la nuit, il est pris de douleurs dans le ventre, avec faux besoin de garde-robe.

Le lendemain, les douleurs occupent la région hépatique et s'accompagnent de vomissements bilieux.

A 6 heures du soir, douleur excessivement intense après laquelle le malade se sent mieux, à part la sensation d'un poids au niveau du foie. A 7 heures, il s'assied brusquement sur son lit, pousse un cri et meurt.

Autopsie. — La cavité pleurale droite contient 250 grammes de sang non coagulé. La plèvre costale droite est soulevée et forme une large poche bombée, tendue, qui contient 1800 grammes de sang et communique avec le médiastin postérieur. Poumons sains.

Péricarde contenant deux cuillerées à café de liquide rougeâtre. Cœur normal.

Le sang coagulé, qui entoure l'aorte et forme autour d'elle un volumineux caillot, s'étend depuis le tissu cellulaire rétropharyngien jusqu'à l'anneau crural.

L'aorte présente deux déchirures transversales : l'une est située à 36 millimètres au-dessus de la naissance de la carotide gauche; l'autre à 3 centimètres au-dessus des insertions diaphragmatiques. Au niveau de ces déchirures, la gaine cellulaire est décollée.

Le diamètre de l'aorte n'est que de 42 millimètres, ses parois sont d'une minceur excessive, papyracées.

Examen histologique. Au voisinage des points déchirés, l'aorte offre une minceur considérable. Il ne s'agit pas d'un simple amincissement, mais d'une dégénération de la tunique moyenne qui ne présente plus les lames stratifiées ni les cellules musculaires intercalaires. J. B.

I. — **Ueber schwere anämische Zustände (Des états anémiques graves), par BIRCH-HIRSCHFELD** (*XIe Congrès de médecine interne; Centralbl. f. klin. Med.* *n°* 25, *p.* 2, 1892).

II. — *Idem*, par **EHRLICH** (*Ibidem*, *p.* 9).

I. — Dans les états anémiques graves (anémie pernicieuse progressive), les hématies sont altérées et moins nombreuses; la diminution de leur nombre résulte vraisemblablement tant de leur destruction exagérée que de leur régénération insuffisante dans les organes de l'hématopoïèse (surtout dans la moelle des os). Les hématies incomplètement développées sont sans doute prédisposées à la destruction.

Au point de vue thérapeutique, dans les anémies graves, le fer est sans action, l'arsenic inconstant et peut-être dangereux; la transfusion sanguine n'est qu'un moyen palliatif. Il y a lieu d'insister sur le traite-

ment des troubles digestifs et sur l'heureuse influence d'une amélioration des conditions climatériques.

II. — Dans les anémies graves, les globules rouges sont toujours altérés. Les uns sont fragmentés, donnant naissance ainsi aux poikilocytes ou mieux « schistocytes ». Les autres sont altérés par une sorte de nécrose de coagulation. Enfin il existe une troisième forme de dégénérescence, dite hémoglobinémique, dans laquelle on trouve à l'interieur de l'hématie un ou deux corpuscules, qui sont de l'hémoglobine modifiée; cette altération caractérise l'action des poisons du sang et n'a pas encore été rencontrée dans les anémies pernicieuses.

Au point de vue de la régénération des hématies, il faut distinguer deux sortes de globules rouges à noyau : les *normoblastes* et les *mégaloblastes*. Dans les premiers, qui se voient chez les adultes, le noyau est expulsé et reproduit un nouveau normoblaste. Dans les seconds, que l'on rencontre pendant la vie embryonnaire, le noyau est résorbé.

Dans les anémies secondaires, on ne rencontre guère que des normoblastes, mais ils sont en grand nombre. Dans les anémies pernicieuses, on trouve des mégaloblastes, et la maladie se caractérise par un retour de la moelle osseuse au type embryonnaire, processus que l'on peut nommer dégénérescence mégaloblastique.

La leucocytose, processus caractérisé par la multiplication des cellules polynucléaires, a aussi son point de départ dans la moelle osseuse. Elle accompagne souvent les anémies secondaires. Dans l'anémie pernicieuse, il y a, au contraire, diminution du nombre des leucocytes et surtout des cellules polynucléaires.

LEFLAIVE.

Venendruck bei Fehlern des linken Herzens (La pression veineuse dans les lésions du cœur gauche), par S. KOMFELD (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XXI*, *p*. 171-185).

D'après les expériences de Komfeld chaque fois que le ventricule gauche envoie moins de sang dans les artères il y a non seulement diminution de la pression artérielle, mais diminution simultanée de la pression veineuse.

Pour que l'abaissement de la pression artérielle soit accompagné d'une augmentation de la pression veineuse il faut toujours qu'il y ait non seulement lésion du cœur gauche, mais trouble dans le fonctionnement du ventricule droit. Un rétrécissement, une insuffisance mitrale ou aortique pures amènent toujours l'abaissement de la pression veineuse.

Quand ces lésions sont accompagnées d'une augmentation de pression veineuse, il y a toujours soit 1° une insuffisance du cœur droit, soit 2° un œdème pulmonaire, résultat de l'accumulation du sang dans l'oreillette gauche, qui apporte un obstacle à la circulation veineuse intrathoracique.

Ces deux complications amèneront des troubles fonctionnels différents. L'œdème, la rigidité pulmonaire s'accompagnent d'une dyspnée intense. L'insuffisance du ventricule droit compense en quelque sorte, en diminuant l'afflux du sang dans le poumon, la stase pulmonaire provoquée par la lésion du cœur gauche, et la dyspnée est médiocre.

A.-F. PLICQUE.

Le pneumothorax, par L. GALLIARD (*In*-18, *Paris*, 1892).

Dans cette excellente monographie, G. étudie d'une façon très complète les différentes variétés de pneumothorax. Après avoir résumé sommairement l'historique et reproduit des documents intéressants et peu connus, il passe en revue la physiologie pathologique, les origines diverses et montre que le pneumothorax n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais bien un accident purement mécanique, susceptible de compliquer un état morbide antérieur.

Dans la quatrième partie, la plus originale de l'œuvre, G. retrace le tableau clinique des principales variétés. Il les groupe en huit classes : 1° pneumothorax des grands emphysémateux (non tuberculeux); ces cas sont assez rares. Il n'a pu en réunir que 12 dont 8 terminés par la mort, 4 guéris; parmi les premiers se trouve l'obs. de Récamier, la plus ancienne et la seule où le pneumothorax ait été double. Ces faits ont été observés sur 2 femmes, 10 hommes, tous d'âge moyen ou avancé. Cette forme est grave;

2° Pneumothorax des emphysémateux latents, pneumothorax par effort. C'est une variété peu étudiée jusqu'ici. G. l'appelle aussi pneumothorax des conscrits, en raison de l'âge des sujets chez lesquels on l'observe. Ce sont les pneumothorax que l'on peut considérer comme bénins; ils s'observent chez des sujets qui n'ont pas de lésion apparente, mais qui, pour G. sont des emphysémateux latents, ayant quelques vésicules distendues qui cèdent sous l'action d'un effort. C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger le pneumothorax par effort; théoriquement, le poumon étant sain ne doit pas céder à un effort même violent.

G. a réuni 37 cas de cette variété, 3 morts seulement. Ce sont presque tous des hommes de 16 à 20 ans (5 femmes sur les 37), valides et en apparence bien portants. L'influence de l'effort est très nette dans 16 cas; dans les 21 autres, l'effort a manqué. G. montre que dans cette variété, beaucoup plus simple comparée aux autres, d'où le nom de bénins, la thérapeutique diffère un peu. L'intervention chirurgicale doit être l'exception.

Les autres variétés sont classiques, elles appartiennent aux pneumonies et bronchopneumonies, à la gangrène pulmonaire, aux pleurésies aiguës, aux vomiques, à la tuberculose. Un dernier chapitre est consacré au pneumothorax des enfants, variété assez rare; on l'observe à la suite de la trachéotomie, de la coqueluche. A. CARTAZ.

Ueber das numerische Verhalten... (État numérique des globules blancs du sang dans l'influenza, la pneumonie croupale et catarrhale), par H. RIEDER (*München. med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 511, 1892).

L'auteur a constaté que dans l'influenza simple, non compliquée, même quand la température atteint 40°, il n'y a pas de leucocytose (2,800 à 7,400 blancs par millimètre cube). Si l'influenza se complique de pneumonie catarrhale, la leucocytose reste modérée (5,400 à 13,800) s'il se produit en outre des foyers d'infiltration croupale la leucocytose atteint rarement 20,000, mais reste ordinairement entre 4,600 et 14,000. Il pense que ce résultat est dû à la grande virulence du germe de l'influenza, qui exerce une chimiotaxie négative considérable. L'auteur fait

remarquer quel écart il existe entre ses chiffres et ceux de Friedreich, qui dit avoir trouvé une leucocytose modérée, de Kollmann, qui aurait trouvé deux fois autant de leucocytes que dans le sang normal, et de Maillent, qui aurait trouvé un nombre extraordinaire de globules blancs, remplis de granulations microbiennes. C. LUZET.

Sul significato clinico della iperfrequenza del respiro, par G. CAVALLERO et S. RIVA-ROCCI (*Il Morgagni*, *p.* 197, *avril* 1892).

Les affections chroniques qui réduisent la force respiratoire du poumon, même dans la proportion des 2/3, n'accélèrent pas la respiration, ou ne l'accélèrent que dans des proportions qui ne dépassent pas les maxima normaux. Les affections aiguës qui réduisent la zone respiratoire jusqu'à la proportion de 1/2, quelle que soit leur nature, ne sont pas elles-mêmes une cause importante de tachypnée, à la condition qu'elles n'altèrent pas l'hématose. Si, dans la convalescence des maladies aiguës, la tachypnée se montre dans des affections des voies respiratoires, elle dépend peut-être de l'intoxication qui existe encore dans l'organisme. La cause de la tachypnée fébrile ne réside ni dans l'élévation de température, ni dans l'augmentation des combustions organiques et il faut en chercher la cause dans l'adynamie plus ou moins grande de tout fébricitant; c'est un désordre de la fonction respiratoire dépendant de l'intoxication bactérique. GEORGES THIBIERGE

Seméiologie de l'espace semi-lunaire de Traube dans les maladies de l'appareil digestif, par FIDELI (*Rivista clinica e tereupeutica*, *n°* 3, *p.* 133, 1892).

L'auteur appelle l'attention sur les variations que présente l'espace de Traube dans les maladies de l'appareil digestif. Il leur attribue une certaine importance pour le diagnostic de la dyspepsie anachlorhydrique, de la gastrite muqueuse, enfin de la dilatation partielle de l'estomac (dilatation du grand cul-de-sac); il en est de même de la cirrhose hypertrophique du foie, des tumeurs et des déplacements de cet organe par rotation.

Les modifications de l'espace déterminées par les épanchements péricardiques ou pleuraux présentent un type inverse de celles qui sont produites par les changements de volume ou de direction du foie, car la diminution de l'espace sonore se produit de dehors en dedans et de haut en bas, dans les cas d'épanchements thoraciques ; le contraire s'observe dans les autres cas. G. LYON.

La tétanie gastrique, par E. BISCALDI (*Archivio ital. di clin. medica, fasc.* 1, *p.* 1, 1892).

La tétanie d'origine gastrique est très rare.

Biscaldi en a observé un cas chez une femme de 34 ans, qui souffrait de l'estomac depuis l'âge de 15 ans, et qui présentait une notable dilatation de l'estomac. Il est probable qu'elle avait eu antérieurement un ulcère gastrique. Les matières vomies exhalaient une odeur aigrelette que l'haleine présentait également; l'examen de l'urine révéla l'existence de l'acétone et de l'acide diacetique. Après quelques séances de lavage de l'estomac, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Biscaldi croit que la pathogénie de la tétanie gastrique doit être attribuée dans ce cas à l'acétonurie. G. LYON.

5 Fälle von Ruminatio humana, par DECHER (*Münch. med. Woch.*, n° 21, p. 361, 1892).

L'auteur conclut de son étude qu'il n'existe pas de paralysie ou de parésie du cardia ; celui-ci ne s'ouvre qu'à l'instant où se fait la rumination. Il ne faut pas en chercher la cause dans une hyperacidité du suc gastrique ; si celle-ci existe, elle n'est qu'accidentelle. La rumination est indépendante de la dyspepsie. S'il existe quelquefois une dilatation plus ou moins grande de l'estomac chez les mérycisants, on ne peut la regarder comme la cause, mais comme l'effet du phénomène. La cause immédiate du mérycisme est une excitation locale de l'estomac, provoquée par les aliments non digérés. La plupart du temps la rumination constitue une névrose réflexe ; elle peut cependant être d'origine centrale. Son mécanisme paraît reposer dans l'augmentation d'excitabilité de plusieurs centres placés les uns à côté des autres dans la moelle allongée. C. LUZET.

Recherches sur la sécrétion gastrique, hyperchlorhydrie et hypochlorhydrie, par BOURGET (*La médecine moderne*, p. 493, 4 *août* 1892).

L'auteur pense que la division en hypoacidité et hyperacidité, basée sur la proportion centésimale d'acide chlorhydrique, n'a pas de valeur pratique et que la donnée utile à connaître est la quantité totale d'acide chlorhydrique, libre ou combiné, contenue dans l'estomac, au point culminant de la digestion, c'est-à-dire deux heures et demie à trois heures après la fin du repas.

On fait passer ainsi certains sujets de la catégorie des hyperchlorhydriques dans celle des hypochlorhydriques et réciproquement et on a une base plus rationnelle pour l'administration des alcalins. L'auteur s'est servi, pour ses recherches, de la méthode de Hayem et Winter, mais n'admet pas les interprétations émises par ces observateurs au sujet des résultats de leurs analyses.

Il a rencontré à l'état normal une quantité totale d'acide chlorhydrique, libre et combiné, variant de $0^{gr},27$ à $0^{gr},48$.

Il a observé l'hypochlorhydrie dans la chlorose, l'anémie, la neurasthénie, la dilatation de l'estomac, les tumeurs malignes, l'atrophie simple de l'estomac. A propos de ces deux dernières affections, il conclut de ses recherches que, dans les tumeurs malignes, l'acide chlorhydrique libre ou combiné continue à baisser quel que soit le traitement, il en est de même du poids du malade ; dans les affections simulant des tumeurs malignes, l'acide chlorhydrique libre ou combiné augmente progressivement sous l'influence d'un traitement approprié, et le poids du corps suit généralement cette marche ascendante ; il n'y a d'exception que pour l'atrophie idiopathique progressive de la muqueuse gastrique, dans laquelle l'acide chlorhydrique n'augmente pas et où le poids du corps suit une marche ascendante sous l'influence du traitement.

L'hyperchlorhydrie peut exister seule ou avec une augmentation de la sécrétion gastrique : on peut, dans ce dernier cas, rencontrer jusqu'à $2^{gr},91$ d'acide chlorhydrique dans l'estomac. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die diagnostiche Bedeutung der Milchsäure beim Magenkrebs (Valeur séméiologique de l'acide lactique dans le cancer de l'estomac), par BOAS (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, *p.* 372, 1892).

Si l'on recherche l'acide lactique dans le contenu de l'estomac après le repas d'épreuve, à l'aide de la réaction d'Uffelmann, le résultat est nul dans les cas où il n'existe pas de carcinome. Dans les cas où le carcinome existe, on obtient une coloration jaune-clair.

Cette expérience permet de distinguer les affections gastriques bénignes, mais caractérisées par l'absence d'HCl, des affections cancéreuses. Mais il faut savoir que c'est seulement à la découverte d'une grande quantité d'acide lactique qu'il faut attribuer de la valeur pour affirmer le cancer. Par contre, l'absence d'acide lactique ne permet pas d'affirmer l'absence de cancer. L. GALLIARD.

Zur pathogenese sogenannter idiopatischer Magenblutungen (Hématémèses idiopathiques), par R. SACHS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 443, 1892).

1° Chez un homme de 79 ans, emporté en quelques jours par des hématémèses, on trouve au voisinage de la petite courbure un caillot émergeant d'une très petite tumeur dont on détermine la nature à l'aide du microscope : il s'agit d'un *anévrisme* développé aux dépens d'une mince artériole.

2° Un homme de 60 ans, ayant eu une première hématémèse à 54 ans et, depuis lors, plusieurs accidents de même nature, succombe avec les signes de l'ulcère de l'estomac. On trouve chez lui de l'endocardite, le cœur graisseux, la rate hypertrophiée, la veine porte thrombosée. Dans la veine porte s'est ouvert un anévrisme de l'artère hépatique. Le foie est pâle, non cirrhosé en apparence.

Pas d'ulcération de l'estomac. Au niveau du cardia, une ouverture grande comme la moitié d'une lentille et permettant de pénétrer dans une *veine variqueuse*. Varices des veines œsophagiennes. L. GALLIARD.

Della cirrosi epatica dei fanciulli, contributo alla patogenesi della cirrosi in genere, par A. de GIOVANNI (*La Riforma medica, p.* 2, 15 *et* 27, 5, 6 *et* 7 *juillet* 1892).

La prédisposition à la cirrhose hépatique est l'expression d'une condition morphologique spéciale du foie et en particulier des éléments lymphatiques et lymphoïdes qui entrent dans sa constitution. Là est le point de départ des altérations qui aboutissent à la cirrhose hypertrophique et à la cirrhose atrophique. Le processus morbide peut être considéré comme une véritable inflammation interstitielle de l'organe, qui passe par deux phases fondamentales, le stade précirrhotique et le stade cirrhotique. Les symptômes du premier stade peuvent simuler ceux du second dont ils diffèrent seulement par la curabilité; ils ne dépendent ni directement ni exclusivement de la lésion hépatique, tandis que ceux du deuxième stade en dépendent directement et presque exclusivement.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à la pathogénie des infections biliaires, par GUARNIERI (*Rivista generale italiana di clinica medica*, *n°s* 10 *et* 11, *p.* 234 *et* 257, 1892).

Une femme âgée de 60 ans fut prise à la fin d'octobre 1891, de douleurs hépatiques; en novembre douleur plus vive; les forces diminuent et l'ictère

apparaît. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital (30 décembre) on constata l'augmentation de volume du foie et la dilatation de la vésicule biliaire.

Le 5 janvier, la malade qui jusqu'alors prétendait n'avoir jamais eu de fièvre, fut prise de violentes douleurs dans l'hypochondre droit avec élévation thermique. La température atteignit 39° et se maintint à ce niveau le soir, pour descendre le matin, sans jamais dépasser cependant un minimum de 38°. Les forces déclinèrent progressivement, des nausées et des vomissements survinrent, la malade mourut le 20 janvier. Le 8 janvier, on retira à l'aide d'une seringue stérilisée 1 centimètre cube de sang de la veine médiane gauche, et l'on fit avec ce sang des cultures en tubes et sur les plaques de Pietri, à l'aide de l'agar-agar.

L'autopsie montra que le foie était considérablement augmenté de volume et la vésicule très dilatée par la bile; l'ampoule de Vater était perméable, mais à 2 centimètres de l'embouchure du cholédoque dans le duodenum existait une coudure que ne pouvait franchir une sonde introduite par le duodenum; à ce niveau le calibre du canal était considérablement rétréci; au contraire la partie hépatique de ce canal était très dilatée et pouvait admettre le petit doigt. Les conduits cystique et hépatique étaient également dilatés et remplis de bile.

La coudure du cholédoque était due à des adhérences fibreuses qui le reliaient à une tumeur cancéreuse de la tête du pancréas.

Au niveau de l'estomac et de l'intestin, on ne constata que de légères lésions catarrhales. Pas de lésions apparentes de l'appareil lymphatique du mésentère.

L'examen histologique du foie montra une hépatite interstitielle par stase biliaire avec néoformation de canalicules biliaires dans lesquels l'épithélium était parfois disposé en couches stratifiées.

Sur les coupes colorées par la méthode de Löffler on pouvait constater l'existence dans l'intérieur des canaux, d'amas de microorganismes, à extrémités arrondies, qui se décoloraient par la méthode de Gram. Ils se trouvaient également dans les éléments épithéliaux de la périphérie des lobules et au milieu des foyers de nécrobiose et des petites cellules qui les circonscrivaient. Pas de bacilles dans les vaisseaux sanguins. On ne trouva aucun bacille dans l'intestin; la seule lésion de l'intestin consistait en un très léger degré d'infiltration cellulaire de quelques follicules.

Les cultures faites avec le sang retiré pendant la vie donnèrent lieu au développement d'un seul micro-organisme qui présenta tous les caractères morphologiques et biologiques du *bacille d'Eberth.*

Guarnieri ne veut pas discuter la question de savoir si le bacille du côlon peut se transformer en bacille de type Eberth lorsqu'il pénètre dans l'organisme; il fait seulement observer que le bacterium coli trouvé dans des conditions analogues a toujours conservé ses caractères distinctifs. Il reste acquis que les voies biliaires peuvent être infectées primitivement par le bacille typhique, sans lésions préalables de l'intestin; les conditions favorables au développement de ce bacille étaient évidemment dues dans le cas de Guarnieri aux altérations préexistantes du foie, dues à l'obstacle au cours de la bile. Quant aux lésions de nécrose épithéliales elles étaient vraisemblablement d'origine infectieuse.

Il est à remarquer que les phénomènes morbides ont présenté une marche progressive et quelque peu insidieuse; que leur évolution a été lente et que la fièvre affectait le type rémittent avec abaissements thermiques le matin; ce sont là autant de caractères que l'on ne retrouve pas dans les descriptions d'angiocholite suppurée due au bacille du côlon.

G. LYON.

I. — Zur Cholera in Saratow, par TIPIAKOFF (*Deutsche medic. Woch.*, *n°* 39, *p.* 883, 1892).

II. — Tödtlicher Choleraverdächliger Fall..., par FÜRBRINGER (*Ibidem*, *n°* 34, *p.* 768, 1892).

III. — Die Diagnose der ersten Cholerafälle in Hamburg (Les premiers cas de choléra à Hambourg), par RUMPF (*Ibidem*, *n°* 38, *p.* 858).

IV. — Die Cholera in Altona, par WALLICHS (*Ibidem*, *n°* 37, *p.* 835).

V. — Die Cholera in Wilhelmsburg, par WILMANS (*Ibidem*, *n°* 39, *p.* 885).

VI. — Bericht aus dem Barakenlazareth in Charlottenburg, par FEILCHENFELD (*Ibidem*, *n°* 42, *p.* 955).

I. — Le premier cholérique de Saratow, ville de 150,000 habitants, située sur le Volga, a été un ouvrier venant d'Astrakan où sévissait la maladie.

Tipiakoff a soigné, dans son hôpital, du 15 juin au 28 août, 615 cholériques, dont 372 hommes et 243 femmes (proportion 1 à 0,66). En tout 345 décès, dont 224 chez les hommes et 121 chez les femmes. Donc la mortalité a été de 56 0/0. Un grand nombre de sujets ont succombé en quelques heures. Presque tous ceux qui ont eu l'état typhoïde secondaire sont morts. Deux fois, on a vu une manie aiguë consécutive, laquelle a guéri en six semaines ou deux mois.

Contre la diarrhée, le meilleur remède a été le calomel à la dose de 0,06 centigrammes toutes les heures.

Chez les cholériques traités par l'hypodermoklyse la mortalité a atteint 60 0/0.

Chez les cholériques traités par les bains chauds combinés avec l'entéroklyse d'après Cantani, la mortalité s'est abaissée à 22 ou 24 0/0.

II. — Une femme de 52 ans, entrant à l'hôpital Friedrischhain à Berlin le 4 août et mourant le 5 avec tous les signes du choléra (stade d'algidité durant 7 heures), avait dans l'intestin des matières qui renfermaient très nettement le bacille virgule.

C'est donc plus qu'un cas *suspect*.

On remarque, dans ce fait, des spirilles difficiles à caractériser et une réaction particulière du rouge du cholera.

III. — L'examen des déjections de différents malades qui a été pratiqué dans les hôpitaux de Hambourg n'a donné de résultats positifs que le 17 août. Un ouvrier du port, nommé Kähler, âgé de 24 ans, admis le 16 août au nouvel hôpital général et décédé le 17 au soir, avait dans les matières plusieurs microbes, parmi lesquels le bacterium coli et quelques bâtonnets très volumineux et recourbés. L'autopsie, pratiquée le 18, ne révéla rien de spécial. D'après les cultures sur plaques et les cultures dans le bouillon, il était impossible de prononcer, pour ce cas suspect, le mot de choléra asiatique ; on se contenta du diagnostic : *choléra nostras*.

Le second cas fut celui d'un nommé Rubbert (20 ans), de Wilhelmsburg, admis le 21 août et mourant dans la nuit. Puis vinrent cinq cholériques dans la nuit du 20 au 21 et dix pendant la journée du 21. C'est le 21, que le Dr Jollasse trouva les bacilles virgules ; et le 22, Rumpf les constata également dans le contenu de l'intestin du cholérique Rubbert. Ce jour-là (22 août), les cultures faites à l'aide des matières de Kähler permirent de reconnaître également le bacille virgule. Dès lors, le choléra asiatique fut démontré.

IV. — Du 19 août au 5 septembre, 260 cas à Altona et 134 décès. Étant donné le nombre des habitants, le choléra a donc fait six fois moins de victimes à Altona qu'à Hambourg.

Mais, d'autre part, Altona a eu en 1891 et au commencement de 1892 des épidémies de fièvre typhoïde qui n'ont pas atteint Hambourg.

L'eau d'Altona est beaucoup plus saine que celle de Hambourg.

V. — Le choléra a sévi à Wilhelmsburg, grande île de l'Elbe située entre Hambourg et Harbourg, peuplée de 10,000 habitants.

Le premier cas est survenu le 19 août, le second cas le 20 août. En tout, 100 cas de choléra confirmé, sur lesquels 50 décès. En outre, beaucoup de cas légers.

Boissons à petite dose. Pas de médication à proprement parler. Pas de transfusions.

VI. — Feilchefeld a observé à Charlottenbourg (6 kilomètres de Berlin), pendant la seconde quinzaine d'août, un grand nombre de cas de diarrhée chez les adultes, avec prostration et crampes. Il n'a vu dans les baraques de cette ville que quatre cas de choléra avec bacilles virgules et n'a eu qu'un décès.

Charlottenbourg a donc joui, comme Berlin, d'une immunité remarquable à l'égard du choléra, malgré les dangers auxquels l'a exposée le séjour de plusieurs cholériques avérés.

L'auteur préconise l'entéroklyse de Cantani. La résorcine employée contre les vomissements lui a toujours réussi. L. GALLIARD.

I. — Vergleichende Untersuchungen über den Vibrio Cholerae asiaticae (kommabacillus Koch), par FRIEDRICH (*Arbeiten ans d. k. Gesundhamte, VIII, et Hyg. Rundsch., II*, 612, 15 *juillet* 1892).

II. — Ueber Cholera, par L. VINCENZI (*Deutsche med. Woch., n°* 18, *p.* 394, 1892).

III. — Zur Cholera-Diagnose, par Hugo LASER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 32, *p.* 793, 8 *août* 1892).

IV. — Untersuchungen ueber künstlichen Impfschutz gegen Choleraintoxication, par G. KLEMPERER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 32, *p.* 789, 8 *août* 1892).

I. — Réfutation du travail de Cunningham (*Scientific Memoirs by the medical officers in the Army of India,* t. V et VI) sur la multiplicité des bacilles cholériques. Friedrich a étudié les modifications morphologiques et biologiques du bacille en virgule, dans les conditions d'existence les plus variées. Il s'est servi à cet effet de 13 cultures, 7 provenant de Cunningham lui-même, les autres de Calcutta, Shangaï, Finthen, Paris et Malte. En outre il a étudié de la même façon les autres vibrions connus : de Metchnikoff, de Finkler et Prior, spirille de fromage de Deneke, bacille courbe de Miller.

Selon l'âge des cultures et le sol nourricier on note des déviations de forme du type, lequel pour Friedrich, est représenté par l'inoculation aux animaux et offre les caractères suivants : éléments bacilliformes assez souvent légèrement incurvés, courts, épais et à gros bouts.

Sur milieux artificiels, on ne retrouve pas cette forme typique; elle se conserve le plus longtemps dans la couche supérieure du bouillon, tandis que les couches profondes renferment de nombreux spirilles bien con-

formés. Il en est de même sur l'agar et surtout sur la pomme de terre, tandis que les cultures jeunes sur gélatine reproduisent mieux le type originel.

L'intensité et la nature des modifications morphologiques dépendent moins du degré de la génération et de la provenance de la culture, que de la durée de sa vie au dehors de l'organisme animal.

Friedrich n'a pas pu constater le développement des arthrospores de Hueppe.

Au point de vue du diagnostic du bacille cholérique, c'est son mode de croissance sur gélatine qui a une importance prépondérante. En piqûres, c'est la liquéfaction de ce milieu nourricier qui caractérise les cultures. Mais il y a aussi des anomalies de croissance; au fur et à mesure que la culture perd de sa vitalité, parce qu'elle a passé plus de temps hors de l'économie animale, son pouvoir peptonisant diminue, toutefois ces différences sont moins marquées que pour les autres spirilles. En cultures sur plaques, on observe les mêmes phénomènes: aspect un peu variable des colonies suivant qu'elles sont plus ou moins liquéfiantes; variété de nombre des colonies, en rapport avec l'espace qui leur est alloué et l'épaisseur de la couche de gélatine qui les recouvre.

La production de matière colorante n'a pas lieu seulement comme on l'a dit généralement sur les pommes de terre, les colonies sur gélatine forment aussi du pigment. Mais la variabilité de ce phénomène empêche de l'utiliser pour le diagnostic.

Le mode d'accroissement sur pommes de terre dont Cunningham s'est servi pour différencier ses différentes variétés de bacille, est aussi extrêmement changeant, ce qui n'a pas lieu d'étonner quand on réfléchit à l'extrême diversité de la composition chimique des pommes de terre. On ne peut davantage tirer des caractères de différenciation, des modes de développement dans le bouillon et sur l'agar.

En revanche, la couleur rouge qui apparaît par addition d'acide sulfurique exempt de nitrites est un signe qui a de la valeur. Or, dans cette épreuve, les différentes cultures de Cunningham se sont comportées presque semblablement et toutes exactement comme les bacilles cholériques typiques.

Friedrich a inoculé à des cobayes les cultures de Cunningham. 2 sur 9 de ces animaux ont survécu, les autres ont offert les lésions nécroscopiques caractéristiques du choléra et chez tous on a pu retirer du contenu intestinal, des bacilles cholériques presque en culture pure.

En résumé, il n'y a pour Friedrich que deux caractères différentiels importants: le mode de développement sur la gélatine et la réaction rouge et il conclut que les cultures de Cunningham sont des cultures du choléra vrai ne s'écartant du type que par certains caractères peu essentiels. J. B.

II. — Une série d'expériences faites avec des cultures de choléra provenant de Massaouah a donné les résultats suivants:

L'injection sous-cutanée d'une goutte de bouillon de culture chez les cobayes détermine un œdème colossal de la peau; la mort survient en 20 ou 30 heures; de même après l'injection intra-péritonéale ou intrapleurale. Le sang des animaux contient toujours des germes viables.

Dans l'intestin on ne détermine l'infection qu'après irritation mécanique ou chimique; inutile d'alcaliniser l'estomac.

Les pigeons se comportent comme avec le vibrion de Metchnikoff.

Les animaux traités par les bouillons filtrés sont préservés du choléra.

Chez eux, l'infection sous-cutanée provoque une phagocytose active.

Le sérum sanguin de cobayes doués d'immunité confère l'immunité à d'autres animaux. L. GALLIARD.

III. — Le diagnostic d'un cas de choléra par les cultures sur plaques est trop long et trop minutieux pour les besoins de la pratique médicale. Karlinski a proposé un moyen plus rapide et plus simple, que Laser a modifié de la façon suivante, qui permet le diagnostic au bout de 24 heures à l'aide du sens olfactif.

Avec les matières fécales suspectes on inocule un certain nombre de tubes contenant du bouillon ou de la gélatine peptonisée. D'autre part, on inocule un même nombre de tubes avec les excréments d'un individu sain. On place tous ces tubes dans l'étuve. Au bout de 24 heures, les tubes inoculés avec les matières cholériques répandent une odeur repoussante, spéciale; seulement, il faut avoir soin de ne pas inoculer une trop grande quantité de matières fécales, sinon leur propre odeur masquerait celle du choléra.

Le diagnostic deviendra indubitable s'il s'est formé une pellicule sur les tubes cholériques et si, au bout de 48 heures, ils fournissent la réaction rouge caractéristique par addition d'acide sulfurique. J. B.

IV. — Brieger, Kitasato et Wassermann ont appliqué au bacille du choléra leur méthode (*Zeitsch., f. Hyg.* XII) tendant à conférer l'immunité à l'aide d'extraits de thymus; en procédant ainsi, ils empêchaient 80 0/0 des animaux de succomber à l'empoisonnement cholérique. Pour obtenir le degré nécessaire d'atténuation des cultures inoculées, il fallait les chauffer à 65° durant un quart d'heure. D'après ces expérimentateurs l'addition des extraits de thymus serait absolument indispensable.

Klemperer reproche à cette méthode de prendre beaucoup de temps sans être infaillible car, de l'aveu même de Brieger, le hasard et les tâtonnements jouent un certain rôle quand il s'agit de préparer des extraits de thymus, qui soient actifs. Klemperer a repris toutefois ces expériences pour vérifier si l'extrait de thymus avait quelque influence sur les résultats et si le chauffage seul ne suffisait pas, comme c'est le cas pour beaucoup d'autres poisons bactériens.

1° Vaccination à l'aide des cultures chauffées, contre l'intoxication cholérique intrapéritonéale. Un centimètre cube d'une culture maintenue 3 jours à 40°,5 ne provoque aucun trouble chez les cobayes lorsqu'on l'injecte dans le péritoine; on répète 2 fois la même injection à 24 heures d'intervalle, puis les 2 jours suivants on fait encore une injection semblable. Le 5e jour, les animaux, ainsi préparés, sont inoculés avec la dose mortelle qui tue en 10 heures l'animal de contrôle. Les animaux préalablement vaccinés ne présentent qu'un peu d'accablement et résistent également aux injections intrapéritonéales faites ultérieurement avec de la matière extrêmement virulente.

Des cobayes, préparés de la même façon que les précédents, reçoivent dans la cavité péritonéale, l'injection de cultures chauffées deux heures

à 70° et ayant séjourné d'un à huit jours dans l'étuve à 37°. Malgré leur différence d'âge, l'efficacité de ces diverses cultures est identique.

D'autres cobayes reçoivent d'un seul coup 2 centimètres cubes et demi d'une culture chauffée deux heures à 70°; ils survivent à l'injection de la dose mortelle faite deux jours plus tard. G. Klemperer a reconnu que déjà dix-sept heures après l'injection intrapéritonéale de 2 centimètres cubes et demi de culture convenablement chauffée, la dose mortelle de bacilles cholériques est bien supportée. L'immunité est beaucoup moins marquée quand on part de cultures chauffées au-dessous ou au-dessus de 70°.

Un lapin, à deux jours d'intervalle, reçoit quatre fois dans la veine auriculaire, 3 centimètres cubes de la culture chauffée à 70°. Trois jours après la dernière injection, il a conquis l'immunité à l'égard de 1 centimètre cube et demi de la culture virulente. Son sérum sanguin a la propriété de vacciner contre la dose mortelle les cobayes dans le péritoine desquels on l'a injecté à la dose de 2 centimètres cubes, trois heures auparavant.

Le sérum sanguin d'un lapin vacciné à la fois contre la pneumonie et le choléra, vaccine les cobayes contre le choléra et les souris contre la pneumonie.

2° Vaccination contre l'intoxication cholérique provenant du tube digestif. Deux injections intrapéritonéales de 2 centimètres cubes et demi de la culture chauffée pratiquées à vingt-quatre heures de distance procurent l'immunité aux cobayes dans l'estomac desquels on a introduit des bacilles cholériques virulents, après avoir neutralisé le suc gastrique et paralysé les mouvements péristaltiques à l'aide de la soude et de l'opium; l'effet est obtenu vingt-quatre heures après la dernière injection. Même résultat pour deux injections dans la même journée de 2 centimètres cubes de sérum de lapin rendu réfractaire; ici l'immunité est assurée déjà deux heures après la deuxième injection prophylactique.

3° Vaccination par introduction dans l'estomac des substances prophylactiques. Les cobayes qui ont résisté à l'introduction dans l'estomac de 4 centimètres cubes de culture virulente, résistent quelques jours plus tard à l'introduction de 5 centimètres cubes, dose infailliblement mortelle pour les animaux de contrôle

Trois jours après l'introduction par la voie gastrique de 5 à 8 centimètres cubes d'une culture chauffée deux heures à 70°, l'immunité est acquise contre la dose mortelle, qu'on la fasse pénétrer dans la cavité péritonéale (1 centimètre cube) ou dans l'estomac (5 centimètres cubes). L'injection préalable de 5 centimètres cubes de solution sodique est indispensable, tandis que celle d'opium est plutôt nuisible.

4° Vaccination à l'aide de cultures électrisées. Le passage durant vingt-quatre heures d'un courant constant de 20 milliampères à travers des cultures en bouillon d'un jour tue les bacilles cholériques et atténue à tel point leur poison qu'il devient un vaccin aussi sûr qu'une culture chauffée deux heures à 70°. J. B.

I. — Remarks on the route of asiatic Cholera in 1892, par Dawson WILLIAMS (*Brit. med. j., p.* 621, 17 *septembre* 1892).

II. — Les formes cliniques du choléra pernicieux dans l'épidémie juxta-pari-

sienne et parisienne de 1892, par L. GALLIARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 *octobre* 1892).

III. — Choléra et lactation, par L. GALLIARD (*Gaz. hebd.*, 12 *novembre* 1892).

IV. — Observations sur les troubles circulatoires dans le choléra asiatique chez les enfants, par VARIOT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *novembre* 1892).

V. — Ulcérations multiples de l'estomac chez un cholérique, par L. GALLIARD (*Ibidem*, 18 *novembre* 1892).

I. — La plus grande rapidité des communications rend probable l'importation de l'épidémie actuelle du centre de l'Asie en Russie, et de là en Europe.

Le choléra, suivant les voies ferrées ou les fleuves, progresse en raison des conditions d'insalubrité des villes où il est importé, surtout dans les ports de mer et les lieux de marchés : ce sont autant de foyers d'où le mal rayonne et s'étend. Ce fait trouve sa démonstration dans les épidémies locales de Bakou et de Hambourg.

Les quarantaines constituent une mesure inefficace, incapable d'enrayer le choléra : elles n'ont pas empêché Astrakhan d'être infecté par Bakou.

Le meilleur moyen prophylactique est l'inspection médicale des voyageurs, surtout des émigrants pauvres, l'isolement des cas douteux, et surtout la désinfection des eaux. On peut dire que la seule méthode efficace pour chasser le choléra d'un pays est d'exclure les principes infectieux véhiculés par l'eau.

Le besoin d'informations précises et surtout précoces au sujet des épidémies commençantes s'impose dans tous les pays civilisés.

La présence du choléra pendant l'été et l'automne sur le chemin de fer transcaucasien ne doit pas être perdue de vue, en raison de la recrudescence possible d'une épidémie au printemps prochain, qui atteindrait de nouveau Batoum et les autres ports de la mer Noire.

II. — Galliard rappelle d'abord qu'il n'a eu que 3 cas intérieurs sur les malades alités au bastion 36 — et 1 cas sur le personnel affecté au service des cholériques (62 individus, dont 55 nourris au bastion).

Il a soigné 397 cholériques, a eu 198 guérisons, 199 morts ; il compte parmi les guéris 99 cas moyens légers, et 65 cas graves guéris sans transfusion intra-veineuse, 34 guéris après transfusion ; parmi les décédés 149 après transfusion, 50 sans transfusion; soit 50 0/0 de guérisons sur l'ensemble des cas, 33 0/0 de guérisons parmi les cas graves, 16,85 parmi les transfusés.

Il a eu recours aussi aux frictions au gant de crin, aux injections d'éther et de caféine, à l'acide lactique (15 gr. par jour), au menthol ou à la cocaïne contre les vomissements peu d'opium, la morphine réservée contre les crampes intolérables ou le délire. Peu d'alcool, café, thé.

Galliard n'a pas vu un seul cas de choléra sec; la diarrhée prémonitoire, surtout dans les cas rapides, a souvent fait défaut. A la période d'algidité il a observé des températures rectales variant de 32 à 41,5. Il a constaté souvent des accidents asphyxiques terminaux ; l'adynamie cardiaque a été constante, les phénomènes nerveux ont été fréquents. Les accidents congestifs pulmonaires ont été rares, les cérébraux plus fréquents.

Jamais il n'a vu de réaction vive, régulière, fébrile, survenant spontanément et sans interruption à la suite du stade d'algidité; jamais non plus de réaction typhoïde.

Galliard a classé ses cas en 3 formes: *foudroyante* durant au plus 20 heures dans les cas mortels, *galopante* n'excédant pas 5 jours, et *lente*.

Dans la forme foudroyante, les malades succombent en état d'algidité périphérique, et d'habitude il y a aussi algidité centrale; l'asphyxie coïncide avec l'algidité. La transfusion de sérum artificiel prolonge en général la vie des malades; dans 3 cas elle a été suivie de guérison.

La forme galopante est la forme commune de l'épidémie de 1892. La terminaison peut s'effectuer en état d'algidité périphérique avec hyperthermie ou hypothermie centrale; dans cette forme la thérapeutique, et surtout la transfusion, montrent une influence manifeste; la transfusion enraye la descente du tracé thermique. Sur 24 transfusés *in extremis*, et guéris, 6 ont subi deux fois l'opération, 18 une seule fois. Rarement dans cette forme le malade guérit sans transfusion.

Dans la forme lente la durée varie de 5 jours à 3 semaines. Il admet 3 variétés: 1° gastro-intestinale, fréquente chez les vieillards, la seule curable; elle peut se terminer par un collapsus algide progressif, par un état d'anéantissement suivi d'hyperthermie avec congestions viscérales, par la guérison; 2° ataxo-adynamique, ici l'état nerveux domine, délire de paroles, d'actions; dans ces cas la transfusion échoue; 3° marastique; il n'y a ni vomissements, ni diarrhée, ni fièvre, une consomption avec tableau de méningite tuberculeuse; ici aussi la transfusion échoue.

L'érythème papuleux du choléra n'a pas de valeur pronostique; Galliard l'a vu 21 fois, et sur ces 21 cas il y a eu 8 morts; il survient entre le 10e et le 14e jour, parfois le 9e ou les 19e et 20e jours; il a été morbilliforme ou scarlatiniforme, souvent prurigineux.

L'érythème est en rapport avec une poussée fébrile qui se fait souvent vers le 10e jour; il est l'apanage exclusif des formes graves du choléra. Souvent il y a eu du muguet; rarement des suppurations, et des rechutes.

III. — Galliard a observé le choléra chez dix nourrices dont il fait connaître l'histoire. Deux de ces femmes étaient atteintes de choléra bénin et ont guéri. Cinq étaient affectées de choléra foudroyant ou galopant, et parmi celles-là une a été sauvée par la transfusion. Chez trois enfin, le choléra grave avait revêtu la forme lente (variété gastro-intestinale) et s'est terminé par la guérison après s'être accompagné une fois d'érythème papuleux discret le 9e jour.

Cette série comparée à celle des femmes enceintes du même auteur (laquelle s'est composée en totalité de 9 cas avec 7 décès et 2 guérisons) est relativement favorable, puisqu'il y a 6 guérisons et 4 décès seulement.

L'auteur insiste sur la fréquence de l'engorgement laiteux, déjà signalé par Magendie en 1832. Chez une femme qui a succombé le 11e jour, cet engorgement a été particulièrement douloureux et a constitué une véritable complication du choléra.

IV. — L'absence du pouls est un phénomène capital dans le choléra; de même les veines sont exsangues; et cependant les battements du

cœur sont réguliers, lents, bien frappés quoique un peu sourds. Il y a donc prédominance de troubles des vaisseaux périphériques sur les troubles cardiaques. Sur 9 enfants cholériques non transfusés 8 sont morts; sur 18 transfusés 12 sont morts. Variot a injecté jusqu'à 3, 4 et 6 litres de sérum artificiel, en plusieurs séances, dans les veines saphènes.

V. — Chez un garçon de 19 ans, alcoolique on a trouvé des ulcérations au niveau de la grande courbure de l'estomac, de formes variées, croissant, ovale, quelques-unes punctiformes, une trentaine environ; l'œsophage à sa partie inférieure présentait des surfaces lisses qui semblaient dues à des ulcérations cicatrisées. Les parties non ulcérées de l'estomac et le duodénum étaient d'un rose foncé. Il y avait de la cholécystite. H. L.

I. — Zur Epidemiologie der asiatischen Cholera, par LUBARSCH (*Deutsche med., Woch.*, n° 43, *p.* 978, 1892).

II. — Nachweiss der Cholerabacterien im Flusswasser (Les bacilles du choléra dans l'eau des fleuves), par C. FRÄNKEL (*Ibidem*, n° 41, *p.* 925, 1892).

III. — Die Diagnose der Cholera, par BECK et KOSSEL (*Ibidem*, n° 41, *p.* 926 1892).

IV. — Kommen Cholera, Typhus... (Le choléra, la fièvre typhoïde et le charbon peuvent-ils être transmis par la bière ?) par Th. WEYL (*Ibidem*, n° 37, *p.* 833, 1892).

V. — Zur Choleraverschleppung (Propagation du choléra), par BECKER (*Ibidem*, *p.* 834).

VI. — Un cas de choléra nostras paraissant dû au bacterium coli, par CUFFER et GOUGET (*Médecine moderne*, *p.* 445, 14 *juillet* 1892).

VII. — Ueber einem durch Streptococcus... (Infection streptococcique simulant le choléra), par BECK (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, *p.* 902, 1892).

I. — Lubarsch estime qu'il peut prouver l'existence du bacille-virgule dans l'eau de l'Elbe. Examinant, en effet, l'eau de la cale d'un navire qui avait remonté le fleuve, de Hambourg à Brizenburg, il y a trouvé le microbe. Le fils du capitaine, un enfant de 9 mois, était mort du choléra sur le bateau même, mais ce n'est pas dans ce fait qu'il faudrait chercher la cause de la pénétration du microbe, car l'eau de cale avait été pompée et les sentines désinfectées soigneusement après le decès de l'enfant. Lubarsch admet que l'eau qu'il a trouvée là était bien de l'eau de l'Elbe, et il explique, par le transport de cette eau contaminée, les cas de choléra qui se sont manifestés dans les villes situées sur l'Elbe, en amont de Hambourg.

On aura toujours soin de désinfecter la cale des navires.

II. — C. Fränkel ayant examiné l'eau empruntée aux canaux de Duisbourg, et puisée, le 27 septembre, sur six points différents, a trouvé dans un seul échantillon, celui du *Zollhafen*, les bacilles-virgules. Le Zollhafen est un bassin servant de port; il contient de l'eau habituellement stagnante et reçoit des eaux ménagères.

On put établir que l'eau du Zollhafen avait reçu les déjections et les évacuations gastriques d'un marinier qui habitait un bateau venu le 24 septembre de Dordrecht et ancré dans le port. Ce marinier avait suc-

combé le jour même de l'arrivée du bateau et, tenu pour cholérique, avait été inhumé rapidement. On fit exhumer le corps et C. Fränkel y trouva, à côté d'une masse énorme de microorganismes variés, le bacille du choléra.

III. — Beck et Kossel citent un ouvrier sans domicile qui, atteint de cholérine, contamina pendant plusieurs jours les canaux et les promenades publiques ; on trouva les bacilles dans les déjections et les matières vomies.

IV. — Les expériences faites sur des bières de diverses qualités ont abouti à ces conclusions :

Le bacille-virgule ne peut vivre vingt-quatre heures dans la bière, et, s'il meurt, c'est surtout grâce à la réaction acide de ce liquide. Mais la bière alcalinisée tue aussi le microorganisme au bout de quelque temps : il faut donc admettre que plusieurs substances concourent simultanément à cette destruction. Peut-être faut-il mettre en cause les matières issues de la levure.

Il est donc peu probable que la bière serve de véhicule au bacille-virgule.

V. — Les cabinets des wagons de chemins de fer peuvent contribuer à la propagation du choléra. Si les déjections qui tombent sur la voie pendant la marche des trains se dessèchent, elles ne sont pas nuisibles. Mais si elles se mélangent à l'eau, elles sont parfois transportées dans les ruisseaux qui alimentent les habitations du voisinage ; où bien elles s'attachent aux pieds des surveillants qui parcourent les voies ferrées.

L'auteur demande que les latrines des wagons soient pourvues de récipients qu'on changera et qu'on désinfectera dans les grandes gares.

L. GALLIARD.

VI. — Homme de 47 ans, pris le 17 mai 1892, le lendemain d'excès de boissons, de vomissements alimentaires et bilieux, de diarrhée profuse, de crampes ; algidité, facies cholérique, anurie, mort au bout de vingt-six heures. A l'autopsie, hypertrophie des ganglions mésentériques, psorentérie dans la seconde moitié de l'iléon et dans le gros intestin. L'examen des selles fait quinze heures après le début des accidents, et celui du contenu de l'intestin fait neuf heures après la mort, montre (Gouget et Thiroloix) le bacterium coli en culture pure, sans trace de bacille virgule, constatation importante en raison de la courte durée de la maladie qui ne permet pas de croire que le bacille-virgule eût déjà disparu. G. THIBIERGE.

VII. — Une femme de 44 ans, a, le 3 août, des vomissements et une diarrhée profuse (20 selles en 24 heures). Le 5, cyanose, voix enrouée, langue chargée, P. 84, T. 36°, ventre en bateau, matières rouge-brun très abondantes, anurie, hyperesthésie des muscles. Peu après l'entrée, collapsus. Mort le 6, avec température basse, (35°,8).

Dans les matières, pas de bacilles virgules, mais seulement des streptocoques.

Autopsie. Muqueuse gastrique pâle, muqueuse du duodénum rouge vif. Plaques de Peyer et follicules isolés non tuméfiés. Matières colorées par la bile. Rien d'appréciable au foie. Rate petite. Reins congestionnés.

Dans le sang et dans les organes, streptocoques longs et épais comme ceux des matières, tuant les souris en vingt-quatre heures, constituant des colonies claires sur l'agar, se colorant par le procédé de Gram, formant des chapelets dans la gélatine.

La recherche de l'arsenic n'a pas donné de résultats.

Il s'agit là d'une infection streptococcique pure dont l'origine échappe.

L. GALLIARD.

I. — L'ictère et les altérations des voies biliaires dans le choléra, par L. GALLIARD (*Semaine médicale*, 12 *octobre* 1892).

II. — L'emphysème sous-cutané dans le choléra, par GALLIARD (*Ibidem* 21 *septembre*).

III. — Choléra et grossesse, par GALLIARD (*Gaz. hebd. Paris*, 1er *octobre* 1892).

IV. — Toxalbumine in dem Erbrochenen von Cholerakranken (Toxalbumine dans les vomissements des cholériques), par K. ALT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 42 *p.* 954, 1892).

I. — Chez les 397 cholériques soignés au Bastion 36, Galliard n'a vu que 7 cas d'ictère. L'ictère a été léger et n'a constitué qu'un épiphénomène chez cinq malades parmi lesquels deux ont succombé.

Il a été au contraire très nettement caractérisé chez deux femmes dont l'une a guéri et l'autre a succombé.

La première, âgée de 34 ans, fut atteinte de choléra grave avec anurie, mais sans collapsus, sans hypothermie centrale (37°5) ; le 9e jour apparut l'ictère ; le 11e jour, il y eut de l'érythème papuleux pseudo-ortié avec une température vespérale de 39°; adynamie, prostration; muguet le 15e jour. Le 16e jour, desquamation des mains et de la face. Le 20e jour, disparition complète de l'ictère, départ de la malade incomplètement guérie. Dans ce cas, pas de décoloration des matières fécales; urine trouble à plusieurs reprises mais sans pigment biliaire.

Le second cas se rapporte à une cholérique de 33 ans, dont l'état paraissait modérément grave au début, mais qui, le 12e jour, eut une recrudescence de la diarrhée avec du délire et de l'algidité des extrémités. Le 13e jour, ictère, oligurie, T. 36°6, urines brunes ; il n'y eut pas de décoloration des matières fécales. Le 17e jour, érythème papuleux discret; phénomènes ataxo-adynamiques aggravés. Le 18e jour, mort.

A l'autopsie, gastrite congestive, rougeur vive du duodénum, foie volumineux. Angiocholite suppurée des gros canaux biliaires et cholécystite suppurée.

L'auteur suppose qu'il s'est agi là d'une infection secondaire au choléra.

Il cite en outre quatre cas d'ictère chez des cholériques traités à Asnières par le Dr Gaiffe.

II. — Galliard a observé la rupture des vésicules pulmonaires chez un homme robuste de 29 ans, admis au Bastion 36 le 23 août, en état de collapsus algide avec suppression du pouls radial et subissant, en 24 heures, quatre transfusions intra-veineuses de sérum d'Hayem.

Le 25 août (4e jour de la maladie) l'auteur constate, deux heures avant la mort, l'infiltration gazeuse des parties antéro-latérales du cou et de la région présternale supérieure.

A l'autopsie, emphysème du médiastin, emphysème prépéricardique, infiltration aérienne sous le revêtement pleural des deux poumons (rien sous la plèvre pariétale), emphysème interlobaire et interlobulaire des deux côtés, mais surtout au niveau du sommet gauche où siègent les vésicules qui ont cédé sous l'influence des efforts respiratoires. Un peu de congestion aux bases.

III. — Galliard relate sept observations de choléra chez des femmes enceintes. Sur les sept sujets, deux ont guéri et cinq ont succombé.

La première des femmes enceintes guéries a eu un choléra d'intensité moyenne; chez elle la grossesse, parvenue au 6e mois, n'a pas été interrompue. La seconde, légèrement atteinte, et grosse de 8 mois a accouché sans incident spécial le 8e jour.

Parmi les cinq cholériques enceintes qui ont succombé, une seule a donné dès le début l'impression d'un état irrémédiable. Chez les quatre autres, le pronostic aurait pu passer pendant le premier stade pour favorable sans la notion de la grossesse existante. C'est donc bien la grossesse qui a été le facteur essentiel de gravité chez ces malades.

Une seule a expulsé le fœtus; elle a succombé quelques heures après la délivrance; elle était grosse de 8 mois. Les quatres autres, enceintes de 6 mois (2 fois), de 7 et de 8 mois, ont eu des contractions utérines faibles ou nulles. Celle qui a fourni la plus longue carrière est une phtisique de 42 ans, dont l'enfant est mort le 9e jour, et qui a survécu jusqu'au 14e jour. A. C.

IV. — Alt a filtré les liquides vomis par les cholériques au début, de façon à obtenir une eau limpide qu'il a mélangée à trois fois son volume d'alcool à 96°. Le précipité blanchâtre qui s'est formé immédiatement a été versé sur le filtre puis traité encore par l'alcool à 96°, lavé à plusieurs reprises, traité encore par l'alcool absolu pour être enfin mêlé à l'eau distillée.

Ce composé, injecté sous la peau des rats, des cobayes et des chiens, a provoqué de la parésie, puis de la paralysie et des contractures; les animaux ont eu, en outre, des phénomènes de collapsus. Les accidents toxiques ont rappelé ceux que Brieger, Fränkel, Kitasato et d'autres ont obtenu à l'aide des toxalbumines provenant de cultures pures du bacille-virgule.

On sait que les animaux supportent sans accident l'injection des bacilles-virgules en petite quantité.

Donc il s'agit ici, non pas d'une infection, mais d'une intoxication par les matières albuminoïdes nocives. L. G.

Hemorrhagic nephritis, par Thomas OLIVER (*Brit. med. journ., p.* 647, 26 *mars* 1892).

Jeune femme de 23 ans, atteinte dans son enfance de la variole. Un mois avant son admission à l'hôpital, douleur brusque entre les épaules, qui persiste depuis. A son entrée, pâleur, palpitations et angoisse précordiale. On constate la présence d'une tumeur pulsatile présternale qui semble être un anévrisme de l'aorte : les urines sont albumineuses. Sous l'influence de l'iodure de potassium, diminution et disparition progressives de la tumeur anévrismale, mais bientôt se développe une péricardite qui ne tarde pas à guérir. Vers cette époque se déclare une forte douleur lombaire. L'examen de la région montre un gonflement circonscrit, occupant la place du rein droit : il s'y joint des vomissements et de l'hématurie. On fait une ponction exploratrice dans la tumeur et on ramène du sang noirâtre. Bientôt, œdème des jambes, affaiblissement progressif du membre supérieur droit qui se paralyse, épistaxis répétées. La malade meurt comateuse, après avoir présenté un accroissement progressif du taux de l'albumine dans ses urines.

A l'autopsie, adhérences généralisées du péricarde, hypertrophie et dilata-

tion cardiaques. Le rein droit est perdu dans une grosse tumeur sanguine : le gauche est petit et scléreux. Foie muscade. H. R.

Un cas d'albuminurie intermittente consécutive à une néphrite grippale, par LECORCHÉ et TALAMON (*La médecine moderne, p.* 549, 8 *septembre* 1892).

Jeune fille de 18 ans, atteinte de grippe assez intense en mars 1891, les urines sont fortement albumineuses, la malade pâle et languissante, l'albuminurie disparaît à peu près complètement par le régime lacté exclusif, puis reparaît à la suite d'une angine herpétique, et, pendant les mois qui suivent, les urines sont examinées presque tous les jours à quatre reprises, elles sont trouvées albumineuses un certain nombre de fois mais plus souvent encore sont dépourvues d'albumine, l'albumine se rencontrant le plus souvent à la suite des repas, c'est-à-dire dans les conditions où augmente l'albuminurie permanente des néphrites.

Les auteurs rapprochent de cette observation un fait analogue observé après la scarlatine. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ein Fall von totaler cystœser Degeneration bei der Nieren beim Erwachsenen, par C. A. EWALD (*Berlin. klin. Wochens. n°* 1, *p.* 7, 4 *janvier* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, n°* 5, *p.* 105, 1er *février*).

III. — Zur Diagnostik der polycystischen Nierenentartung, par B. STILLER (*Ibidem, n°* 10, *p.* 215, 7 *mars*),

IV. — Idem, par C. A. EWALD (*Ibidem, p.* 219)

V. — Noch ein Wort, par B. STILLER (*Ibidem, n°* 12, *p.* 276, 21 *mars*).

I. — Femme de 60 ans, obèse, ayant depuis un certain temps des vomissements alimentaires, une langue pâteuse et peu d'appétit. Ewald fut frappé par son humeur désagréable et l'extrême lenteur de ses réponses. Rien d'anormal à l'exploration qu'une certaine rénitence diffuse dans les hypocondres. Hémorroïdes fluentes ; insomnie, agitation ; respiration courte, superficielle, très accélérée (60 à 80), contrastant avec la petitesse et la lenteur du pouls (68) ; aucun sentiment d'oppression, sonorité thoracique et murmure vésiculaire partout normaux. Urine non albumineuse. Mort brusque dans la nuit du 4e jour d'observation.

Autopsie : Cœur petit, flasque, sans trace d'hypertrophie du myocarde. Pas d'ascite. Reins volumineux et formant un conglomérat de vésicules, les unes transparentes, les autres opaques et dont le volume varie d'une noisette à une prune ; le rein gauche pèse 450, le droit, 380 grammes. Les vésicules ou kystes opaques sont remplis d'un liquide sirupeux, couleur de chocolat, les autres de liquide clair, et toutes ces cavités donnent à l'intérieur des reins l'aspect d'éponges ; les kystes très rapprochés les uns des autres ne sont séparés que par de minces cloisons. Il ne reste de substance corticale intacte qu'à l'une des extrémités du rein, dans l'étendue au plus d'une amande. Quelques kystes renferment des calculs plus ou moins volumineux ressemblant à des noyaux de dattes et formés d'un centre blanc, d'acide urique pur et d'une coque bleuâtre. Le liquide des cavités kystiques est composé d'une grande quantité d'urée, d'albumine, de chlorure de sodium, de cholestérine sans peptone. Le liquide brun contient des cellules de grandeurs diverses, les unes à noyaux, les autres sans noyau et des sphères à stratification presque concentrique, représentant peut-être les débuts des concrétions uriques. Le liquide clair renferme de nombreuses cellules cylindriques assez volumineuses, des cellules d'épithélium pavimenteux très granuleux et des

fragments paraissant provenir des tubes urinifères. Sous le microscope, pas trace de parenchyme rénal dans les cloisons des cavités kystiques constituées uniquement par du tissu conjonctif fibrillaire. Même dans les points qui, à à l'œil nu, ont gardé l'aspect du parenchyme normal, les altérations sont intenses. En beaucoup d'endroits on n'aperçoit qu'une trame fibrillaire à grosses mailles avec quelques noyaux ; les tubes urinifères manquent entièrement, tandis que les glomérules de Malpighi paraissent intacts ; ni les cavités ni les capsules des glomérules n'offrent de revêtement épithélial ; la paroi des capsules se compose aussi d'un tissu fibreux dense, et leur intérieur est dilaté et vide ; l'épithélium des anses glomérulaires est intact. En d'autres endroits, la trame à grosses mailles est traversée par des tractus d'un tissu renfermant des noyaux et des restes de tubes urinifères qui ont plus ou moins perdu leur épithélium ; nulle part il n'y a de canalicules normaux, tandis que les glomérules et les vaisseaux sont toujours indemnes. La paroi des kystes est constituée par du tissu fibreux dense, sans revêtement d'épithélium. Les kystes les plus volumineux résultent de l'atrophie des cloisons intermédiaires. Foie normal.

Au point de vue de l'évolution, on peut répartir en trois groupes les faits de gros rein polykystique. Il y a d'abord ceux où l'affection a évolué comme une néphrite interstitielle chronique ; la mort arrive au milieu de symptômes urémiques ou de complications inflammatoires, pneumonies, endocardites, péricardites, etc. On peut en rapprocher les cas où, durant la vie, on a perçu une tumeur rénale ou constaté des altérations de l'urine (sang ou pus), tout en croyant à tort, soit à une hydronéphrose ou à un cancer des reins, soit même à une tumeur des ovaires ou de la rate. Le deuxième groupe est constitué par les cas dans lesquels jusque peu avant la mort, aucun phénomène morbide n'a attiré l'attention du côté des reins, tandis qu'on notait des troubles faisant croire tantôt à une affection du tube digestif, tantôt à une affection cérébrale, tantôt à une névrose, tantôt enfin à de l'asthme cardiaque ou pulmonaire; en réalité ces divers phénomènes morbides devaient être mis sur le compte d'une urémie chronique. Enfin il est des cas restés absolument latents jusqu'à la fin et où la mort tient à une maladie intercurrente.

Le contenu des cavités kystiques peut varier, sans d'ailleurs qu'il en résulte des différences dans l'évolution de la maladie.

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogénétiques, Ewald admet que dans son observation, il s'agit de kystes par rétention dus au dépôt des concrétions uriques dans les tubes urinifères, la sclérose n'étant qu'un phénomène secondaire.

II. — R. Virchow rattache la dégénérescence kystique des reins des nouveau-nés à l'atrésie des mamelons des calices consécutive à une pyélonéphrite de la vie embryonnaire. Reste à savoir si cette lésion congénitale, quand elle n'est pas trop étendue, n'est point compatible avec la vie; mais les observations manquent sur ce point, car on n'a pas signalé d'altération de ce genre dans la seconde enfance et l'adolescence.

Chez l'adulte, les kystes rénaux sont de deux catégories. La première, où les kystes sont très nombreux, ressemble tout à fait à la dégénérescence kystique fœtale et s'explique comme elle par une stase de l'urine dans les portions terminales des tubes urinifères. La seconde, où les kystes sont solitaires ou du moins peu nombreux (4 douzaines au maximum) est sous la dépendance d'une néphrite interstitielle chronique

et le contenu fluide des kystes n'est que le résultat de la fonte de la matière colloïde gélatineuse qui dilatait les tubes urinifères; le liquide, riche en albuminate de soude, est, non de l'urine, mais un fluide semblable à celui des goitres kystiques.

Senator a soigné dernièrement un cocher de fiacre approchant de la cinquantaine qui n'a cessé son métier que huit jours avant de mourir. Il accusait quelques troubles urinaires avec douleurs de rein et catarrhe pulmonaire, sans fièvre. L'urine, rare, d'aspect sanguinolent, contenait des hématies en partie intactes, des éléments lymphoïdes et d'innombrables bactéries. Sans qu'on ait pu faire de diagnostic, le malade fut pris de paraplégie et succomba dans la journée même, n'ayant pas offert de symptômes urémiques. L'autopsie révéla une dégénérescence kystique colossale des deux reins qui avaient quadruplé de volume; quelques kystes dépassaient les dimensions d'une pomme. Leur contenu était identique à celui de l'urine. Le cœur était hypertrophié et il existait un kyste apoplectique dans le noyau lenticulaire et la capsule interne du côté droit.

III. — Dans le fait suivant, Stiller a posé le diagnostic du vivant de la malade.

Femme de 34 ans, souffrant depuis trois ans du ventre, dans la partie inférieure droite duquel se trouvait déjà une tumeur qui ne cessa d'augmenter. Déjà auparavant la malade avait par instants des besoins répétés de miction. Depuis quatre ans elle a des hémorroïdes et des hémorragies rectales. Il y a un an, la tumeur, grosse comme une tête d'enfant et remplissant le côté droit de l'hypogastre, s'élevait du grand bassin jusqu'au niveau de l'ombilic et arrivait en dedans, à la ligne médiane, sans limite nette. Cette tumeur était dure, non complètement lisse, immobile; voussure de la région lombaire droite. Au niveau de la tumeur, son par endroits mat, par endroits tympanique. Urine contenant une médiocre quantité d'albumine, un peu trouble et pesant 1,021; 800-1,000 grammes par jour; elle contient des globules de pus, de l'épithélium vésical et vaginal et du mucus. Pas de diagnostic. Depuis trois mois, les douleurs abdominales sont devenues continues et plus intenses; il y a de la fièvre, et depuis six semaines la malade doit garder le lit. État actuel : Pâleur et émaciation très grandes. Dans la moitié droite du ventre, tumeur ayant presque le volume d'une tête d'homme et ne bougeant pas pendant les mouvements respiratoires. En haut, elle est difficile à délimiter du foie; en bas, elle plonge dans le grand bassin; en dedans, elle dépasse la ligne médiane et a une limite arrondie; elle n'a certainement aucun rapport avec les organes génitaux. Entre elle et le rachis, est un organe distendu, gargouillant quand on le tiraille, vraisemblablement une anse intestinale adhérente. La tumeur est immobile, assez dure, nulle part fluctuante, parsemée de légères bosselures, faisant une saillie diffuse dans la région lombaire, et mate à la percussion sauf en dehors. Urine acide ayant une densité de 1,015, un peu purulente et albumineuse; son sédiment se compose de globules de pus, de quelques hématies et d'épithélium du bassinet. Besoins fréquents d'uriner. Douleurs qui de la tumeur irradient dans l'abdomen et dans le membre inférieur droit. Fièvre, à type rémittent ou intermittent vespéral, oscillant entre 38,1 et 39,5. Stiller fit, par exclusion, le diagnostic de dégénération polykystique du rein droit, en se basant aussi sur un fait antérieur qu'il avait pris pour un cancer rénal. Laparotomie, par Tauffer. Adhérences multiples et intimes des intestins et du péritoine avec la tumeur rénale qui était entourée d'une capsule épaisse et résistante, et se composait d'un énorme amas de kystes à parois extrêmement minces et à contenu

généralement clair ; autour de la tumeur, et communiquant avec elle, se trouvaient plusieurs cavités purulentes dont la plus considérable, située en arrière, s'étendait du foie jusque dans le grand bassin. Une partie de la capsule d'enveloppe était formée par le parenchyme rénal aplati ; au voisinage du rachis, la capsule était constituée par un tissu dur comme du cartilage adhérant à l'aorte. Mort immédiatement après l'opération, sans autopsie.

IV. — Ewald conteste que l'absence de fluctuation soit, comme l'admet Stiller, un signe important pour le diagnostic de la dégénérence kystique des reins. En effet, la fluctuation peut manquer dans d'autres tumeurs liquides des reins (hydronéphrose, pyonéphrose, kyste hydatique) et d'autre part, les kystes multiples du rein peuvent acquérir un volume qui les rend fluctuants.

V. — Stiller réplique que la fluctuation n'a jamais été signalée dans les reins polykystiques, sans nier d'ailleurs que, si quelques-uns des kystes atteignent un volume insolite et qu'ils ne soient pas enveloppés par une coque trop résistante, ils ne puissent, exceptionnellement, paraître fluctuants (*R. S. M.*, IX, 78; XI, 68; XIX, 460 ; XX, 585 et XXIV, 504; XXIV, 503 et 546; XXXII, 458; XXXIII, 244; XXXV, 297 et XXXVI, 669).

J. B.

Primaere Milzbrandinfektion des Magendarmkanales, par DITTRICH (*Wiener klinische Wochens.*, nº 47, 1891, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 286, 1er *avril* 1892).

Il s'agit d'un cas de charbon intestinal primitif mis sur le compte d'un empoisonnement par les saucisses.

Journalier de 59 ans ayant succombé en trois jours à des phénomènes d'empoisonnement, après avoir mangé de la saucisse séchée ; sa femme et son fils, qui en mangèrent aussi, restèrent indemnes.

Autopsie : Cœur flasque, pâle, friable, chargé de graisse. Un tiers de litre de sérosité hémorragique dans la cavité abdominale.

Foie brun pâle, très flasque. Rate considérablement hypertrophiée, très molle. Reins pâles, légèrement tuméfiés et mous.

L'estomac renferme une certaine quantité de liquide brunâtre, trouble, d'odeur aigrelette, mêlé de flocons et de particules d'aliments.

La muqueuse gastrique, surtout au niveau de la paroi antérieure, offre de nombreux foyers rougeâtres et noirâtres, consistant, les uns, en petites ecchymoses isolées ou disposées en stries, les autres, en plaques infiltrées grosses comme des pois ou des florins, légèrement saillantes, ayant une configuration plus ou moins arrondie et des bords irréguliers ; la muqueuse gastrique, dans les intervalles, est un peu rouge et gonflée. L'intestin grêle contient un liquide brun rougeâtre. De l'extérieur, on aperçoit dans les parois intestinales de nombreux foyers disséminés irrégulièrement, les uns violets, les autres d'un brun foncé, formés par des épanchements sanguins et des plaques hémorragiques analogues à ceux de l'estomac; ils cessent entièrement à 60 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. Les plaques d'infiltration les plus volumineuses sont mortifiées au centre. Gros intestin normal. Ganglions mésentériques, bleuâtres, un peu gonflés, gros comme des pois; à leur intérieur, ils recèlent de nombreux petits foyers sanguins. L'examen bactériologique du sang, du cœur et du suc de la rate, montre une grande quantité de bacilles charbonneux.

Les plaques infiltrées de la muqueuse gastrique et les ganglions mésentériques du malade contiennent de nombreux bacilles charbonneux.

Le malade avait été employé, dans les derniers temps, d'abord à l'abattoir

de Vienne, où il était chargé de transporter les animaux abattus d'urgence ou péris par maladie ; ensuite chez l'équarrisseur, où il avait eu affaire à des bêtes charbonneuses. Il a évidemment contaminé ses aliments avec ses mains souillées de sang contenant des spores de charbon. J. B.

Tænia as a cause of intercostal neuralgia and herpes zoster, par DURYEE (*New York med. journ.*, *p.* 269, 5 *mars* 1892).

L'auteur a soigné un homme de 28 ans atteint de névralgie intercostale rebelle; après quelques semaines de traitement inefficace, il s'aperçut de la présence d'un tænia et l'expulsion du tænia amena la guérison.

Chez un autre sujet, le zona était lié à la présence du même parasite.

Dans huit autres cas, l'auteur a constaté le coïncidence du tænia et de la névralgie intercostale rebelle ou du zona. L. GALLIARD.

Thyroïdite et ostéomyélite consécutives à la fièvre typhoïde et causées par le bacille d'Eberth, par DUPRAZ (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 1).

Un malade de 33 ans, convalescent de fièvre typhoïde, est atteint de thyroïdite suppurée, qu'on trouve être d'origine bacillaire et mono-microbienne. Un autre homme éprouve pendant et après une dothiénenterie des douleurs dans le tibia gauche. On trépane et il s'écoule du pus également mono-bacillaire. L'examen microscopique du pus, les cultures montrent que le bacille d'Eberth est seul en cause. La démonstration a été complétée par l'inoculation des cultures à des lapins et des cobayes. GIRODE.

Un cas d'ostéite déformante (maladie osseuse de Paget), par MOIZARD et BOURGES (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 4).

Homme âgé de 73 ans, ayant succombé à un cancer de l'estomac avec pyélo-néphrite. L'affection osseuse avait débuté à 21 ans, par une hyperostose du tibia et du péroné gauches, survenue à la suite d'un traumatisme. La lésion envahissait ensuite le côté opposé, puis le fémur et la clavicule gauches : l'affection perdait ainsi, au-dessus des jambes, son caractère de symétrie. Les membres supérieurs et le crâne étaient intacts. L'hyperostose était franchement diaphysaire, lente et progressive. Histologiquement, on notait un mélange d'ostéite raréfiante et d'ostéite condensante. GIRODE.

I. — Zur Lehre von der Osteopathie hypertrophiante pneumique, par MÖBIUS (*München. med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 399, 7 *juin* 1892).

II. — Ueber die Beziehung der Syphilis zur Osteoartropathie hypertrophiante pneumique, par SCHMIDT (*Ibidem*, *n°* 36, *p.* 633, 1892).

I. — Critiquant les travaux de Marie et de Lefebvre, Mœbius fait remarquer que s'il est vrai que la déformation s'éloigne de l'acromégalie, la physiologie pathologique n'en est pas suffisamment fixée. D'une part, la déformation des doigts en baguette de tambour existe dans les maladies congénitales du cœur avec cyanose. D'autre part, le rhumatisme chronique peut la produire (H. Schmidt), l'hérédité n'est pas sans influence (obs. de Rauzier), les lésions nerveuses doivent être prises en considération, et il en cite un cas. Un homme est atteint de maladie pulmonaire avec expectoration putride; en quelques semaines se développe une tendance des doigts à se déformer en massue, pendant que le nerf cubital s'enflamme. Dès ce moment on remarque une déformation très accusée des extrémités des doigts où se distribue ce nerf. Les doigts de

l'autre main restent peu déformés, ainsi que le pouce, l'index et le médius de la main correspondant à la névrite. On peut donc admettre l'existence d'un poison de nature inconnue, mais d'origines multiples, dont l'action peut être facilitée par des causes adjuvantes. L'ostéopathie de Marie forme un chaînon d'une série morbide, constituée en outre par le myxœdème, la cachexie strumiprive, le crétinisme et la maladie de Basedow.

II. — Schmidt a observé la déformation en baguette de tambour des doigts chez un syphilitique, sans qu'on puisse faire intervenir une autre cause. Il n'hésite pas, malgré l'échec du traitement, à en rapporter le développement à la vérole. Pour lui, le virus syphilitique est susceptible de jouer quelquefois le rôle que Marie fait jouer, dans le développement de ces déformations, au poison hypothétique du contenu des bronchiectasies et des empyèmes. Il se range à l'avis de Mœbius sur le rôle adjuvant nécessaire de la prédisposition ou des lésions nerveuses. C. LUZET.

Trois cas rappelant l'obésité mais associés à des symptômes nerveux particuliers. Adipose douloureuse, par X. DERCUM (*Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 521, *novembre* 1892).

A ces cas manque malheureusement l'examen post mortem du système nerveux. Cependant on peut les considérer comme différents des cas ordinaires de lipomatose, et les troubles nerveux qu'ils présentent leur donnent un caractère particulier.

Les masses adipeuses sont répandues chez les malades sans aucune règle. Dans quelques régions elles ont augmenté puis diminué pour croître de nouveau. Dans le 1er cas, c'est la partie supérieure du bras et moyenne du dos qui fut prise d'abord, puis la face interne du genou droit et quelques mois après le genou gauche, et consécutivement d'autres régions. Cependant les jambes, à l'exception des genoux, sont restées indemnes, tandis que les cuisses et les fesses ont seulement dans les derniers temps subi un léger changement. Dans le 2e cas, la tumeur première apparut à la face interne de chaque genou et remonta irrégulièrement vers la cuisse et la fesse. Plus tard, le bras gauche, puis les côtés et les lombes, finalement tout le tronc. Dans le 3e cas, le début se fit à la base du cou et, à des intervalles variés, l'apparition sur les autres régions restant indemnes, la face, les avant-bras, les jambes, les cuisses et les fesses. Il est à remarquer que cet « engraissement » procède par masses distinctes et isolées.

De loin en loin cette augmentation de volume s'accompagne de douleurs et d'autres symptômes nerveux. La douleur apparaissait plus ou moins violente au niveau des points où siégaient les tumeurs graisseuses, souvent provoquées par les examens et les explorations. Quelques tissus nerveux étaient sensibles à la pression, en particulier au niveau du bras droit chez une malade qui de plus présentait des phénomènes d'atrophie musculaire des muscles thénar et hypothénar et, signe plus caractéristique, souffrit à deux reprises de zona. Cette malade (cas I) est la seule qui présenta cette douleur du tronc nerveux. Les cas II et III n'en eurent pas, mais comme celle du cas I a disparu actuellement, cela peut faire supposer qu'elle est dans une période moins

accentuée que les deux autres qui, elles aussi, ont présenté le phénomène actuellement disparu et qn'on n'a pas recherché.

A côté de ces troubles, il faut noter l'anesthésie et la diminution de la sensibilité cutanée. Il est possible que l'absence ou la diminution de la transpiration présentée par les malades rentre dans le même ordre d'idées, et frappe d'autant plus que les obèses ordinaires ont une abondante sécrétion sudorale. Dans les 3 cas, on a noté aussi de la céphalalgie.

Les hémorragies ont été trouvées dans les 3 cas. Hématémèse dans le 1er, hématémèse et épistaxis dans le 2e, et retour de métrorragie chez la 3e longtemps après la ménopause. Chez la 1re et la 2e la ménopause s'établit à 35 ans, et chez la 3e les règles ont toujours été trop abondantes, elle a de plus présenté du purpura. L'auteur rapproche ces symptômes de ceux que l'on trouve dans le myxœdème. Dans le cas I une bronchite pénible et persistante en même temps qu'une dyspnée cardiaque intense, qui seule existait dans le cas II. La malade du cas III n'avait aucun de ces troubles. C'est un rapprochement encore avec le myxœdème.

En faisant des ponctions avec l'emporte-pièce de Duchenne, on put examiner le tissu qui formait les masses saillantes et on put constater qu'elles étaient constituées par de la graisse. Les malades II et III succombèrent à une sorte d'affaiblissement progressif, on fit l'autopsie et on n'a trouvé à noter que ce fait intéressant que les corps thyroïdes étaient indurés et très infiltrés de matière calcaire. L'examen microscopique n'a malheureusement pas été fait.

A cette affection, non décrite avant lui, l'auteur donne le nom « d'Adiposis dolorosa ». F. VERCHÈRE.

Sull' acromegalia, par R. MASSALONGO (*La Riforma medica, p.* 74 *et* 87, 12 *et* 13 *juillet* 1892).

Leçon clinique à propos d'un homme de 51 ans, chez lequel l'affection avait débuté à l'âge de 27 ans, à la suite de fortes douleurs de tête, et qui présente les symptômes caractéristiques de l'acromégalie. Massalongo considère l'acromégalie comme une variété ou mieux une anomalie du gigantisme. D'après lui, le thymus et le corps pituitaire conservent pendant la vie extra-utérine, chez les acromégaliques, leurs fonctions fœtales ; tant que le développement du corps n'est pas terminé, il n'y a pas de déformations; mais, lorsque la croissance est terminée, les symptômes de l'acromégalie se développent, les glandes fœtales n'empêchant plus l'involution régressive normale. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude de l'excitabilité électrique des muscles dans la maladie de Thomsen, par HUET (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière, n°* 1 *et suiv.*, 1892).

a) *Courants faradiques.*— Avec des excitations courtes (de une à quelques secondes), le muscle, au moment ou cesse l'excitation, ne se décontracte pas aussitôt ni complètement, comme cela se produit pour un muscle normal; la décontraction se fait au contraire très lentement.

Des excitations prolongées pendant un temps assez long (40, 50 secondes) déterminent, au début de la première excitation, une contraction

tonique et totale du muscle, qui disparaît ensuite graduellement au cours de l'excitation. Dans les excitations suivantes, le muscle se comporte, d'une manière générale, comme un muscle normal.

Enfin les muscles qui sont sous l'influence de la fatigue, à la suite des excitations précédentes longtemps répétées, ou par suite de l'emploi des courants très forts, présentent la contraction tonique, des décontractions très lentes et des mouvements ondulatoires.

b) *Excitabilité galvanique.* — Elle est manifestement augmentée. Cette augmentation se reconnaît non seulement en ce que les courants de faible intensité (1/4. 1/2, 1 et 2 milliampères), provoquent déjà des contractions musculaires, mais aussi par le fait qu'en excitant tel ou tel muscle il se produit souvent des contractions dans des muscles voisins par propagation du courant.

Sous le rapport qualitatif il existe aussi des modifications importantes dans la contractilité galvanique des muscles. Tandis qu'à l'état normal le pôle négatif a sur le pôle positif, à la fermeture du courant, une prédominance d'action bien accusée, dans la réaction myotonique cette prédominance est moins marquée, souvent l'action des deux pôles devient égale, parfois même leur prédominance est intervertie.

De plus, les contractions des muscles sont, même avec de faibles courants, lentes, paresseuses et toniques. G. LYON.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Débridement vaginal des collections pelviennes, méthode de Laroyenne, par GOULLIOUD (*Ann. de gynéc., août-novembre* 1891).

II. — Du curetage appliqué au traitement de la salpingite, par PICQUÉ (*Ibid., septembre* 1891).

III. — A propos d'un abcès pelvien traité par la laparotomie et la castration ovarienne, par ROUFFART (*Arch. de tocol., avril* 1892).

IV. — Des suppurations pelviennes, par SEGOND, PÉAN. Discussion du Cong. de gynéc. de Bruxelles (*Bull. méd.,* 18 *septembre* 1892).

V. — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite, par DOLÉRIS (*Nouv. Arch. d'obst., juillet* 1892).

VI. — Du traitement des suppurations pelviennes, par ROUTIER (*Ann. de gyn., mai* 1892).

VII. — De l'hystérectomie vaginale par la section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes, par QUÉNU (*Ibidem, mai* 1892).

I à III. — Le traitement des suppurations pelviennes a occasionné dans ces derniers temps de nombreux travaux, et a été mis à l'ordre du jour du congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles.

En se bornant aux interventions chirurgicales conseillées dans ce traitement, quatre grandes méthodes ont été conseillées.

1° Tarir la source de l'infection et ouvrir une issue au pus collecté dans les trompes à travers l'utérus. Dilatation de la cavité utérine, curetage (Walton, Doléris, Picqué, Poullet).

2° Enlever les trompes, siège ordinaire de la collection purulente (la plupart des chirurgiens, en particulier Terrier, Terrillon, Bouilly, Routier, etc).

3° Enlever l'utérus par la voie vaginale, *débonder* le foyer purulent pelvien (Péan, Segond, Richelot).

4° Inciser le foyer purulent au point où on sent la fluctuation (méthode ancienne) ou de préférence et systématiquement par le vagin (méthode de Laroyenne-Goullioud.)

L'idée de l'intervention chirurgicale repose sur l'idée de l'incurabilité habituelle des suppurations pelviennes. Doléris s'est élevé très énergiquement contre cette opinion. Souvent les suppurations pelviennes cèdent à un traitement médical, électrique ou simplement à l'expectation.

Walton et Doléris soutenant que les suppurations pelviennes ont leur origine dans une infection préalable de la muqueuse utérine (avortement, accouchement, blennorragie, excès de coït et malpropreté), rapportent de nombreux exemples de guérison consécutive au curetage de l'utérus.

Doléris va plus loin, il croit que la dilatation de l'utérus faite d'une façon systématique et prolongée, peut déterminer un élargissement de l'orifice utérin des trompes et offrir une issue au pus collecté dans les organes.

Poullet (de Lyon) avait expliqué les succès de ce traitement par une simple action révulsive.

Picqué conseille de recourir toujours à l'examen sous le chloroforme pour établir les indications de ce traitement que l'on peut appeler palliatif des suppurations pelviennes. PORAK.

IV à VII. — Quoi qu'il en soit, le traitement médical et cette intervention de petite chirurgie gynécologique peuvent être insuffisants, les lésions persistent et immobilisent pendant de longues semaines les malades.

C'est dans ces circonstances que les chirurgiens se sont décidés à enlever les annexes. Dans un très grand nombre de circonstances les lésions salpingiennes sont peu volumineuses, s'accompagnent d'adhérences peu nombreuses et peu étendues. L'opération est alors facile et jouit d'un pronostic ordinairement favorable.

Dans le rapport présenté au congrès de Bruxelles, Segond établit que les suppurations pelviennes sont secondaires ou primitives; les premières sont, à part quelques exceptions, justiciables de la laparotomie; quant aux secondes, elles constituent les suppurations pelviennes proprement dites, contre lesquelles on doit mettre tout d'abord en œuvre le traitement prophylactique et la thérapeutique indirecte (curetage, dilatation utérine, etc.).

Lorsque celles-ci ont échoué, deux méthodes se trouvent en présence.

La première est exceptionnelle, applicable seulement aux collections récentes, à certaines hématocèles suppurées, à quelques variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne; dans ces cas, la ponction simple est insuffisante, il faut avoir recours à l'incision là où la collection fait

saillie; toutefois quelques réserves doivent être faites à l'égard de l'évacuation provoquée du pus par le rectum et à l'égard des interventions sacro-coccygienne ou périnéale.

Aussi n'existe-t-il en réalité que deux procédés d'incision, l'incision inguino-sous-péritonéale, et l'incision par voie vaginale offrant deux variétés, suivant qu'elle s'exécute avec ou sans ouverture du péritoine.

La deuxième méthode de traitement de ces suppurations pelviennes comprend la laparotomie et l'hystérectomie. Cette opération est indiquée non seulement dans les récidives de suppuration après laparotomie et dans les pelvi-péritonites suppurées avec enclavement de l'utérus et adhérences étendues, mais dans tous les cas de suppuration pelvienne auxquels on appliquait la laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.

Quels que soient les difficultés, les dangers, les écueils qui se présentent, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une guérison durable, sans le céder en rien en sécurité à la laparotomie.

L'opération doit être pratiquée par morcellement.

Segond ajoute qu'il a fait jusqu'ici 182 hystérectomies vaginales; 102 pour des lésions des annexes, dont 55 pour des suppurations et 47 pour des non suppurées. Sur ces 102 faits, il compte 11 morts; comme complications opératoires, il signale quelques fistules vésico-vaginales et quelques hémorragies et comme complications ultérieures divers accidents nerveux, qui n'ont été importants que dans deux cas : 20 fois l'opération a dû rester incomplète.

Péan insiste sur quelques points de l'évolution de ces suppurations, puis il répond aux principales objections soulevées contre l'hystérectomie vaginale et mentionne les résultats de sa statistique comprenant 150 opérations. Sur ces 150 interventions, il y a actuellement 145 femmes vivantes et guéries; des 5 décès un seul est imputable à l'opération. Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

Les suppurations pelviennes peuvent être divisées en suppurations types (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration); suppurations mixtes (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins); suppurations compliquées (avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique.)

L'extirpation des annexes et de l'utérus, par voie vaginale, est préférable à l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale pour les raisons suivantes :

Elle est d'une exécution aussi facile dans les cas simples, plus facile dans les cas graves ou compliqués. Elle est plus fidèle dans ses résultats et permet beaucoup mieux d'évacuer complétement les foyers purulents, de les laver et de les drainer; elle expose moins à la continuation et à la récidive du processus.

Elle donne une voie plus favorable à l'écoulement du pus; elle permet de faire une exploration complète et de limiter l'intervention suivant son gré. La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation par la voie abdominale.

Ch. Willems estime que la périnéotomie à lambeau, d'après le procédé de Zuckerkandl, devrait être appliquée à tous les cas que l'on

traite par l'hystérectomie. C'est du moins l'opération par laquelle on devrait commencer la cure des suppurations.

Jacobs divise les suppurations pelviennes en suppurations intra et extra-péritonéales, d'où des indications opératoires différentes; la voie à suivre devra varier suivant le siège, l'étendue et l'âge des lésions. Dans le premier cas, à part quelques cas où la dilatation suivie de curetage trouve son indication, on s'adressera à la laparotomie pour les pyo-salpingites unilatérales diagnostiquées, à l'hystérectomie vaginale pour les bilatérales et à la laparotomie pour les kystes et les tumeurs abdominales suppurées.

Quant aux suppurations extra-péritonéales, les incisions les plus diverses peuvent trouver leurs indications, et, suivies de drainage, elles donnent généralement de bons résultats.

Sur 159 interventions par la laparotomie pour inflammations des annexes, Jacobs compte 3,7 0/0 de mortalité, et, sur 61 cas d'hystérectomie, 3,2 0/0.

Sneguireff et *A. Goubaroff* donnent du tissu cellulaire du bassin une description particulière, d'après laquelle il forme des cloisons, qu'ils appellent mésentères cellulaires. Or il résulte que le mésentère cellulaire du ligament rond divise toutes les inflammations du tissu cellulaire en deux groupes : les antéro-latérales et les postéro-latérales.

Dans chacun de ces cas, les opérations simples et précises par la méthode extra-péritonéale ont permis d'évacuer aisément les collections purulentes sur une quarantaine de malades qui tous ont guéri.

Richelot a pratiqué depuis 2 ans 134 fois l'extirpation totale de l'utérus; elle a été faite environ 80 fois pour des inflammations des annexes. Lorsqu'il s'agit de suppurations pelviennes, c'est l'hystérectomie totale, qui doit être regardée comme le procédé de choix, et, dans les lésions non suppurées, elle permet d'obtenir des guérisons plus certaines que la laparotomie, bien que celle-ci soit souvent suivie de succès.

Sænger regarde l'hystérectomie vaginale comme une opération indiscutable dans ses résultats et dans sa perfection; aussi lorsqu'il n'y a pas possibilité de conserver l'utérus, il ne faut pas hésiter à la pratiquer. Enlever la matrice et ouvrir largement les poches purulentes sont les manœuvres à accomplir. L'opération est surtout indiquée quand il y a des fistules chroniques du tissu conjonctif du petit bassin, communiquant avec le vagin, le rectum, la vessie, et de larges abcès limités ou disséminés du petit bassin dans et autour des organes, qui s'y trouvent.

La périnéotomie ne peut être qu'une opération d'exception; quant à la méthode sacrée, elle n'est qu'une audace expérimentale.

Laroyenne et *Goullioud*, au contraire, proscrivent absolument ces différentes opérations. La statistique de leurs observations porte sur 38 cas, où ils n'ont pratiqué que le débridement vaginal de l'abcès. La mortalité ne dépasse pas 1 à 2 0/0. Les conséquences immédiates sont un soulagement certain, les conséquences éloignées ont été presque constamment bonnes. La conception après l'opération a été obtenue 4 fois. Les auteurs pensent donc que l'ablation des annexes par la voie abdominale ou l'ablation de l'utérus par la voie vaginale ne doivent constituer que des interventions très exceptionnelles.

Routier croit que le morcellement de l'utérus par la voie vaginale est

une opération difficile, brutale et aveugle, qu'elle expose à des hémorragies graves. Cependant elle est suivie moins souvent de choc que la laparotomie, elle constitue une ressource extrême et dont les indications sont rares.

Il a pratiqué 16 fois l'hystérectomie vaginale, 4 fois pour des ovario-salpingites interstitielles ou hématiques, 12 fois pour des ovaro-salpingites purulentes ou abcès du bassin mal localisés, dans tous les cas, avec succès. Il attribue à Müller la priorité de l'extirpation de l'utérus sectionné suivant la longueur, conseillée par Quénu.

Quénu répond que Müller a, en effet, pratiqué cette opération, mais dans le cas de cancer de l'utérus, et dans le but de faciliter l'hémostase. Il pratique la section de l'utérus après l'avoir retourné. Quénu incise l'utérus, laissé en place dans les suppurations pelviennes, au premier temps de l'opération dans le but d'en faciliter l'abaissement.

Depuis 4 ans, *Labadie-Lagrave* traite les salpingo-ovarites simples avec ou sans endométrite par la dilatation suivie de curetage et drainage à la gaze iodoformée. On doit continuer la dilatation par la gaze, pendant un mois environ, jusqu'à disparition de l'écoulement purulent.

Ce traitement a été appliqué sur 18 femmes. Dans tous ces cas, on a noté la disparition de la tumeur, de l'écoulement et des douleurs, en même temps qu'une amélioration très notable de l'état général. Pas de récidive au bout de 2 et 3 ans chez quelques malades.

Pichevin trouve que les indications de l'hystérectomie ont subi une extension beaucoup trop grande.

Cette opération ne convient qu'aux cas de suppurations larges, diffuses, éparpillées dans des loges multiples, qui entourent l'utérus et qui sont difficilement énucléables, aux cas où il existe des fistules avec les cavités voisines. Au contraire, les salpingites catarrhales parenchymateuses, les hémato-salpinx, les grossesses extra-utérines, les grandes poches salpingiennes suppurées sont justiciables de la laparotomie.

Delagénière a traité 18 suppurations pelviennes par la voie abdominale avec 17 guérisons et 1 seul décès.

Doyen, sur 305 opérations pour lésions des annexes et de l'utérus, compte 175 laparotomies, 122 opérations vaginales et 8 laparotomies sous-péritonéales.

Ces dernières ont donné 6 guérisons complètes et 2 insuccès (sans décès). Sur 57 laparotomies, il y a eu 6 morts, dont 2 dues à de mauvais catgut ; sur 97 hystérectomies primitives ou secondaires 4 morts. Partisan de l'hystérectomie vaginale, Doyen se prononce contre la méthode de Laroyenne et contre le curetage et les cautérisations.

Rouffaert mentionne 21 hystérectomies par morcellement, dont 1 suivie de décès chez une malade opérée *in extremis* pour une hématocèle suppurée. Dans les autres cas les lésions étaient bilatérales ; guérison complète.

Lauwers a pratiqué 8 hystérectomies avec bons résultats ; dans 2 cas la mort est survenue ultérieurement par généralisation tuberculeuse. Il considère l'opération comme préférable à la laparotomie.

Félix mentionne 83 hystérectomies avec 4 décès ; toutefois la préférence de cette opération ne doit pas être absolue, et avant de l'entre-

prendre on doit tenter la guérison par les moyens médicaux antiphlogistiques et révulsifs. OZENNE.

Beitraege zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus, par Guillaume ROSSIER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 7, *p.* 201, 1er *avril* 1892).

Sur 100 cancers utérins que Fehling a traités, à Bâle, 75 n'étaient plus opérables. Deux fois, après avoir partiellement détaché l'utérus du vagin, il a fait avec succès l'hystérectomie abdominale.

Les 23 autres opérations sont des ablations totales de l'utérus par le vagin, dont Rossier donne aussi la relation.

Comme résultats, ces 25 hystérectomies se subdivisent ainsi : 1 mort le lendemain soir de l'opération, chez une femme ayant, avec un cancer du corps, une double lésion mitrale : à l'autopsie, péritonite et cancer des ganglions rétropéritonéaux ; 8 rédicives mortelles dans l'espace de six mois à deux ans et demi ; 4 récidives chez des femmes encore vivantes ; 9 absences de récidives ; 2 cas opérés récemment et 1 sur lequel on manque de renseignements. En somme, au bout d'un an il n'y avait pas eu de récidive chez 42,8 0/0 et au bout de deux ans, chez 23,8 0/0 des opérées. Sur les 12 récidives, 4 ont envahi l'ovaire.

La plus ancienne des opérations sans récidive date de 4 ans 1/2. J. B.

Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides, par Aug. REVERDIN (*Arch. prov. de chirurgie*, *p.* 277, *octobre* 1892).

Cet instrument consiste en une pince que l'on peut comparer à deux fourchettes qui seraient articulées au niveau du 1/3 supérieur de leurs manches, de façon, en se refermant, à prendre dans leurs concavités la tumeur que l'on veut saisir. Chaque fourchette présente trois dents ; celle du milieu est percée de trous de façon que l'on peut, après avoir saisi la tumeur passer dans ces trous une broche qui lie indissolublement la tumeur à la pince qui la soutient. Celle-ci est suspendue au-dessus du ventre opéré par une longue chaînette attachée au plafond, qu'un aide peut élever ou abaisser avec la plus grande facilité. Rien de plus aisé dès lors, que de déplacer la tumeur dans un sens ou dans l'autre suivant les exigences du moment.

Cet appareil attire avec une telle persistance la lourde masse que ses moyens d'attache, obligés de suivre le mouvement ascensionnel, viennent se présenter au couteau de l'opérateur. Le vagin lui-même s'allonge d'une façon si imprévue qu'il n'y a plus de difficulté à le sectionner au point voulu. L'hémostase est rendue beaucoup plus facile. F. VERCHÈRE.

Ein Beitrag zur Discussion über die retroperitoneale Stielversorgung... (Du traitement rétropéritonéal du pédicule de Chrobak dans l'hystérectomie abdominale), par V. JOHANNOVSKY (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 2).

Chrobak a pratiqué 17 hystérectomies pour myomes avec succès par sa méthode. Son procédé opératoire (voy. *R. S. M.*, XL, 190), consiste essentiellement dans la dissection de deux lambeaux de péritoine *d'inégale grandeur* ; après l'ablation de la tumeur, ces lambeaux sont réunis, et, en raison de leur inégalité, leur ligne de suture ne correspond pas à

la ligne de réunion des lèvres de la plaie cervicale : ainsi se trouve évitée toute chance d'infection du péritoine par le moignon utérin.

Johannovsky a fait cinq opérations d'après cette méthode. Deux fois il s'agissait de myomes utérins ; les femmes ont guéri. Dans trois autres cas, le procédé de Chrobak a été appliqué à des opérations de Porro, et a donné d'excellents résultats. Les trois femmes étaient atteintes de rétrécissement marqué du bassin; elles étaient en travail, fébricitantes et épuisées : l'infection de l'utérus imposait l'opération de Porro. Dans deux cas, l'enfant était mort; dans l'autre, il fut extrait vivant. Les trois opérées guérirent des suites de l'intervention sans incidents. L'une d'elles succomba un mois après l'opération à une pneumonie accidentelle.

D'après ces résultats, l'auteur préconise la méthode extra-péritonéale dans le traitement du pédicule pour toutes les hystérectomies abdominales. Il ne diffère de Chroback qu'en ce qu'il admet, contrairement à lui, l'utilité et même la nécessité du drainage de la cavité cervicale.

CH. MAYGRIER.

Two cases of small ovarian tumours... (Tumeurs ovariques de petit volume simulant des fibromes; opération, guérison) par Alban DORAN (*Brit. med. j. p.* 1180, 4 *juin* 1892).

Doran publie deux cas dans lesquels l'apparence clinique était celle de deux tumeurs fibreuses, de petite dimension, intimement unies à l'utérus. L'âge des malades et l'accroissement rapide de la tumeur, plaidaient seuls en faveur d'un néoplasme ovarien. L'opération, faite de bonne heure et avec soin, montra qu'il s'agissait, dans un cas, d'un kyste aréolaire rempli de matière colloïde et ayant déjà contracté des adhérences multiples: dans l'autre, d'une tumeur papillomateuse kystique de nature suspecte. Chez les 2 malades, l'opération eût été redoutable si elle eût été différée.

H. R.

De l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins, par Fernand DUVAL (*Thèse de Paris*, n° 300, 1892).

L'auteur résume son important travail par les conclusions suivantes :

L'hystérectomie abdominale totale est indiquée, lorsque les fibromes sont interstitiels et volumineux ou bien lorsqu'ils empiètent sur la vessie ou les ligaments larges.

L'indication est plus pressante encore, lorsque toute tentative d'hystérectomie vaginale est rendue irréalisable par l'impossibilité d'abaisser l'utérus ou parce que le col est reporté si en arrière qu'il est inaccessible à l'action du bistouri. L'indication est également formelle, lorsqu'une tumeur fibreuse siège dans le col et empêche de continuer le pédicule.

L'hystérectomie abdominale totale présente sur l'hystérectomie vaginale (même combinée, à l'état d'abdomino-vaginale) cette supériorité de conduire chacun de ses temps à ciel ouvert. Elle présente, sur la méthode supra-vaginale, l'avantage d'une plus courte durée et la supériorité de la suppression du col utérin, avec ses dangers d'infection, d'hémorragie, de rétraction douloureuse, de gênes des organes de voisinage, etc.

Cette opération comprend : 1° la section des deux ligaments larges en s'arrêtant à la limite du péritoine vésical; 2° la section transversale du péritoine vésico-utérin; 3° la séparation des deux organes au moyen des doigts ou du bistouri, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche; 4° l'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et sur sa paroi antérieure; 5° la transfixion du vagin suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas; 6° L'hémostase est assurée avant l'exérèse. F. VERCHÈRE.

I. — **Traitement des fibromes utérins, par DOYEN** (*Cong. gynéc. Bruxelles et Bulletin méd.*, 21 *septembre* 1892).

II. — **De l'énucléation des fibromes utérins, par ENGSTROM** (*Ibidem*).

I. — Doyon a pratiqué 305 opérations sur l'utérus et ses annexes, se décomposant en 175 laparotomies, 122 opérations vaginales et 8 laparotomies sous-péritonéales avec 29 morts.

Voici le procédé opératoire qu'il met en pratique :

L'utérus, après incision de l'abdomen, est renversé en avant sur le pubis; le bistouri plongé profondément dans le cul-de-sac recto-utérin incise en long et d'un seul coup le cul-de-sac péritonéal postérieur et la surface péritonéale du fibrome. Une incision circulaire ou mieux en raquette, partie de la première pour y aboutir de nouveau, passe au-dessus du point d'insertion des ovaires sur la tumeur, circonscrivant de chaque côté les deux pédicules vasculaires utéro-ovariens.

On pratique alors rapidement sans fil élastique et sans forcipressure temporaire des ligaments larges, la décortication sous-péritonéale de la tumeur. Une ligature est jetée rapidement de chaque côté au-dessous de l'ovaire et la totalité de la tumeur, y compris le col, est détachée du vagin. Il suffit alors de faire repasser par le vagin le fil appliqué sur des pédicules latéraux et d'attirer en bas, avec deux ou trois pinces, tout ce qui reste de l'enveloppe péritonéale de la tumeur.

La ventre est refermé provisoirement par de grandes pinces à mors mousses, les jambes de la femme sont levées, une pince appliquée de chaque côté sur le ligament large par le vagin, et il suffit alors de poser un drain et d'appliquer une mèche de gaze antiseptique pour se trouver prêt à terminer l'opération par la suture en surjet du péritoine pelvien et la fermeture du ventre. Sur 11 opérations, 1 seul cas de mort à la suite d'influenza.

II. — Engstrom recommande l'énucléation du myome ou des myomes, en respectant la matrice et les ovaires, quand le myome n'a pas déformé la matrice par son étendue. L'opération peut être faite pendant la grossesse sans que cette dernière soit interrompue. Sur 23 femmes opérées, l'auteur ne signale qu'un décès par péritonite.

OZENNE.

Des tumeurs végétantes ou papillaires des ovaires, par DURET (*Cong. gynéc., Bruxelles et Bulletin méd.*, 28 *septembre* 1892).

Ces tumeurs forment une entité pathologique que l'on peut distinguer

cliniquement avant toute intervention. Les caractères cliniques sont tirés de trois syndromes principaux : 1° l'ascite, insidieuse, séreuse ou sanguinolente, donnant souvent au ventre la forme d'un kyste volumineux; 2° la sensation spéciale, donnée par le palper abdominal ou vaginal; 3° les modes d'évolution; celle-ci est rapide dans les formes carcinomateuses, à progression lente dans les formes mixtes, très lente dans les cas de papillomes.

Au point de vue anatomique, il existe, en effet, trois variétés principales : des épithéliomes carcinomateux, des épithélio-adénomes ou des épithélio-myxomes, enfin des papillomes vrais.

Le choix de l'intervention chirurgicale devra être subordonné à la nature et à la variété de la tumeur. D'après les statistiques connues, on note 20 0/0 de malades survivantes après une année et même plus.

OZENNE.

Fibro-myomes de la région vulvo-périnéale, par R. LARGEAU (*Arch. prov. de chirurgie, p.* 335, *octobre* 1892).

L'auteur rapporte deux faits de fibro-myomes, qui ont dû prendre naissance sur la face postérieure du col de l'utérus ou la partie inférieure du ligament large, cheminer de haut en bas entre les parois rectale et vaginale pour venir faire hernie à gauche de la vulve. Là elles se sont pédiculisées et développées. Dans l'observation II, la tumeur a acquis un tel volume qu'elle pesait le poids énorme de 34 kilogrammes.

Dans le premier cas, il fut impossible de poursuivre la dissection du pédicule qui s'engageait sous la branche ischio-pubienne jusque dans le petit bassin. L'auteur se réservait d'attaquer la tumeur par la laparotomie si cela devenait nécessaire plus tard. La malade guérit sans incident. La tumeur avait la structure des fibromes ou fibro-lipomes. Dans l'observation II également on dut laisser la portion supérieure de la tumeur adhérente, de crainte de voir la malade épuisée, succomber à une syncope si la moindre hémorragie était survenue. La malade guérti. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myome. Le pédicule adhérait au péritoine et aux organes du petit bassin. F. VERCHÈRE.

Des indications opératoires pour corps fibreux pendant la grossesse, le travail ou la puerpéralité, par Halliday CROOM (*Edinburgh med. j., p.* 316, *octobre* 1892).

Lorsque la tumeur est facilement accessible et peut être enlevée par une opération sans trop grande gravité dans les premiers jours de la grossesse, on devra pratiquer l'ablation pour prévenir la gangrène et les complications de résorption septique. Il faudra prendre grand soin d'enlever la tumeur tout entière pour éviter la septicémie due au sphacèle du pédicule, comme l'auteur en cite une observation. Si l'on ne peut être assuré de pouvoir enlever la tumeur tout entière, il vaut mieux ne pas opérer et laisser à la nature le soin de faire l'élimination spontanée; de même si l'on pensait que l'opération doit être trop grave et trop difficile. Dans les cas où ces tumeurs donnent de la septicémie, à la fin de l'état puerpéral, leur ablation immédiate devient une opération d'urgence. Dans tous les faits d'ablation de tumeurs dans ces circonstances, il faut

avoir grand soin de laver largement la cavité utérine avec du sublimé, et cela jusqu'à ce que toute trace d'odeur ait disparu. Dans deux observations où l'odeur et l'écoulement étaient d'une odeur fétide, et qui persista après l'ablation de la tumeur et en dépit de lavages abondants et soigneux, les deux malades succombèrent. F. VERCHÈRE.

I. — Du débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire, par CHAPUT (6e *Congr. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

II. — Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin et la vessie. Étude des procédés de Chaput par Henri MALLET (*Thèse de Paris*, n° 367, 1892).

I. — Ce débridement, que Chaput a fait 16 fois, le plus souvent unilatéral, est indiqué dans les cas d'ablation de tumeurs utérines, dont le volume est en disproportion avec le diamètre de la vulve, dans le traitement de certaines variétés de fistules vésico-vaginales inaccessibles; il facilite encore l'ablation des annexes dans les extirpations de l'utérus pour salpingites. La technique est la suivante : sur une ligne dirigée du centre de la vulve à l'ischion, à cinq centimètres de la vulve, on ponctionne la peau avec un couteau à longue lame ; on en fait ressortir la pointe dans le vagin à un ou deux centimètres du col utérin, et, le tranchant tourné en haut, on sectionne rapidement les parties molles de bas en haut. Cela fait et l'hémostase assurée par des pinces, l'opération principale est exécutée et l'on termine par les sutures vaginale et cutanée du débridement. OZENNE.

II. — Exposé des idées de Chaput. L'auteur conclut :

Le débridement de la vulve est indiqué d'une manière générale comme opération préliminaire dans toutes les interventions un peu complexes pratiquées sur l'utérus, le vagin ou la vessie chez des femmes vierges ou des femmes ayant une vulve et un vagin d'une étroitesse anormale.

Cette opération peut être encore indiquée chez des femmes dont le canal vulvo-vaginal présente des dimensions normales :

1° Dans l'extirpation vaginale de l'utérus pour salpingite, pour fibrome ou pour cancer, toutes les fois que la tumeur est énorme ou que l'utérus solidement fixé dans le petit bassin est impossible à abaisser;

2° Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles. F. VERCHÈRE.

Sul sarcoma primitivo della vagina, par G. GATTI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 564. *juillet* 1892).

Femme de 34 ans, ayant été opérée d'un polype faisant saillie à la vulve, il y a 5 mois. Depuis lors, apparition entre les grandes lèvres d'une tumeur de consistance charnue, dure par places, lisse, de couleur rosée, du volume d'un œuf de poule, insérée sur le tiers inférieur de la paroi antérieure du vagin; intégrité du reste du vagin. La tumeur, enlevée au bistouri, est formée de cellules fusiformes de dimensions moyennes, disposées en faisceaux entrecroisés dans tous les sens, avec des cellules lymphoïdes en quelques points et, dans la partie supérieure de la tumeur, des zones de dégénérescence muqueuse et de véritable tissu myxomateux. GEORGES THIBIERGE.

Les kystes wolfiens du vagin, par CHALOT (*Ann. de gyn.*, *juillet* 1892).

A propos d'une observation de kyste du vagin, l'auteur étudie l'origine des kystes du vagin.

Les kystes mullériens siègent ordinairement en arrière, et les kystes wolfiens dans la paroi antéro-latérale du vagin. Mais le seul siège qui les caractérise est leur prolongement vers le ligament large. Ces kystes congénitaux sont caractérisés par une membrane propre, recouverte d'épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles, stratifié ou métatypique.

La forme de l'épithélium ne peut pas servir à différencier les kystes wolfiens des kystes mullériens.

La présence des papilles seule servirait à déterminer l'origine mullérienne du kyste.

L'extirpation totale de ces kystes est indiquée. Mais lorsque le kyste wolfien se prolonge jusqu'au delà des culs-de-sac, cette opération est difficile et souvent compliquée d'hémorragie. Aussi vaut-il mieux ordinairement cureter la partie inaccessible et la panser avec de la gaze iodoformée. PORAK.

Du molluscum pendulum de la vulve, par Henri CHÉROT (*Thèse de Paris*, n° 185, 1892).

Le molluscum pendulum peut se localiser sur la grande lèvre, mais il n'en est pas toujours ainsi et l'auteur cite une observation où l'opération a été rendue des plus délicates et des plus pénibles par la pénétration de la tumeur dans les parties profondes, remontant le long du vagin et du rectum et occupant toute la fosse ischio-rectale.

Le volume et le siège de la tumeur en font seuls le danger; le pronostic est bénin en somme, et le traitement d'élection doit être l'ablation pure et simple. Certaine disposition du molluscum peut donner l'apparence d'une verge et par suite simuler un cas d'hermaphrodisme (faux hermaphrodisme par pseudo-verge latérale). F. VERCHÈRE.

Pedunculated utérine growths, par HAULTAIN (*Edinburgh med. j.*, *p.* 253, *septembre* 1892).

Le premier cas, qui avait été diagnostiqué quelques années auparavant cancer chez une femme de 52 ans, était un fibrome sous-muqueux.

Le deuxième, chez une femme de 60 ans, concernant une grosse masse lobulée ayant l'apparence du tissu hépatique, fut enlevé avec une chaîne d'écraseur. Il s'agissait d'un sarcome.

Dans le troisième, chez une femme de 33 ans, le polype fut enlevé par le galvanocautère; il était inséré sur la lèvre postérieure du col, et à l'examen histologique présentait tous les caractères d'un carcinome, infiltré de leucocytes. Une semaine après l'intervention la malade avortait d'un fœtus de 4 mois 1/2. Elle a très bien guéri et 6 mois après elle ne présente pas encore de récidive.

Enfin, la quatrième tumeur était, chez une femme de 34 ans, allongée du volume d'un crayon et insérée sur la muqueuse du col utérin d'où il semblait sortir. Après l'ablation on put constater qu'il s'agissait d'un fibroadénome. Dans ces quatre cas, la tumeur faisait saillie dans le vagin.

F. VERCHÈRE.

A series of abdominal sections, par N. T. BREWIS (*Edinburg. med. j.*, p. 242, *septembre* 1892).

Cette série comprend 30 cas. Dans aucun cas on n'a employé d'antiseptiques, et on n'a plus vu de température élevée, de céphalalgie, de stupeur qui autrefois étaient si fréquentes. On fit le lavago du péritoine à l'eau bouillie chaude, dans les cas où il y avait des adhérences ou du pus ou du sang épanché. Le drainage du péritoine dans ces cas rend les plus grands services.

Les cas se répartissent ainsi :

16 ablations des annexes avec 16 guérisons. 2 salpingo-ovarites blennorragiques avec adhérences solides et menstruation douloureuse.

1 pyosalpingite blennorragique, douleurs constantes, 1 pyosalpingite avec ménorragie, 1 hématosalpingite très douloureuse, 7 ovaires augmentés de volumes, sclérokystiques ou adhérents, 3 ovaires sclérokystiques.

6 kystes de l'ovaire, 6 guérisons, 3 dermoïdes dont un suppuré, 3 kystes adhérents.

1 kyste paraovarien, sur le point de se rompre au moment de l'opération, adhérent; 1 guérison.

3 fibromes. 2 hystérectomies, 1 guérison, 1 mort par obstruction intestinale,1 opération de Battey, 1 guérison.

1 tumeur fibrocystique de l'utérus. Guérison.

1 opération de Porro. 1 guérison.

1 grossesse extra-utérine, sac dans la cavité péritonéale complètement adhérent. 1 mort.

Enfin 1 hernie ventrale. 1 guérison. F. VERCHÈRE.

Hémorragies de la vessie consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale, par ZIEMBICKI (*Cong. gynéc., Bruxelles et Bulletin méd.*, 28 *septembre* 1892).

Les hémorragies de la vessie, consécutives à l'opération de la fistule vésico-vaginale, arrivent de la fin du deuxième au cinquième jour. Elles peuvent déterminer la mort des malades par suite de l'anémie suraiguë. Les moyens palliatifs et médicaux sont insuffisants pour les maîtriser; le broiement et l'aspiration constituent une méthode illusoire.

Ces hémorragies proviennent généralement des plexus veineux; la cause prédisposante réside dans les phlébectasies consécutives à la grossesse; la cause directement efficiente paraît due à la section des veines par l'anse du fil de suture métallique.

La taille hypogastrique, faite à temps, arrête l'hémorragie en faisant passer la vessie de l'état de contraction continuelle à l'état de rétraction et de repos. Elle est donc, au premier chef, hémostatique. En deuxième ligne, elle peut assurer la première intention de l'opération plastique faite par le vagin et éviter un échec imminent. OZENNE.

Del feniluretano (euforina) in ginecologia e specialmente nella cura delle erosioni del collo uterino, par PINNA-PINTOR (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, p. 595, *juillet* 1892).

L'auteur a employé l'euphorine sous la forme de poudre, de pommades

à base de lanoline (20 à 40 0/0), de solutions alcooliques (20 0/0), de crayons (50 0/0); il a abandonné rapidement les solutions alcooliques à cause de la douleur qu'elles produisaient; même en répétant les applications plusieurs fois par jour et sur des surfaces étendues, il n'a jamais observé de phénomènes d'absorption. Il trouve à l'euphorine les avantages suivants sur l'iodoforme : son pouvoir antiseptique est rigoureusement démontré, ce qui n'est pas le cas pour l'iodoforme, elle n'a pas de propriétés irritantes et par suite ne favorise pas le développement des granulations et la prolifération épithéliale qui s'opposent au processus de réparation spontanée; elle a une légère action astringente qui est très utile dans les érosions du col, elle ne détermine jamais d'accidents d'empoisonnement et enfin a une odeur aromatique agréable. Il cite une série de cas d'érosion du col guéris rapidement ou très améliorés par les applications d'euphorine et d'opérations sur les organes génitaux suivies de pansements à l'euphorine, dont les suites ont été régulières et après lesquelles la cicatrisation s'est faite rapidement.

GEORGES THIBIERGE.

Influence of purpura hœmorragica upon menstruation and pregnancy, par John PHILLIPS (*Trans. of the obst. Soc., XXXIII, part.* 4, 1891).

Dans ce travail le purpura est envisagé pendant la menstruation d'une part, pendant la grossesse d'autre part. En ce qui concerne l'influence de cette maladie sur la menstruation, l'auteur rapporte l'observation typique d'une femme atteinte de purpura qui mourut d'hémorragie profuse au moment de ses règles. Il cite 2 autres cas de Puech et de Wetherill, dans lesquels la terminaison ne fut pas fatale.

Il donne la relation de 7 cas de purpura pendant la grossesse; 6 femmes succombèrent, une seule guérit. Il importe de bien distinguer l'affection des formes hémorragiques de la rougeole, de la scarlatine, etc.

De l'examen des faits résultent les conséquences suivantes : le pronostic est extrêmement grave, et la terminaison est le plus souvent rapidement fatale. La mort peut être due ou à une hémorragie *post partum* ou à de la septicémie. L'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent inévitablement au cours de la maladie. L'éruption peut présenter pendant la grossesse certaines modifications qu'on n'observe pas en dehors de cet état. La maladie ne paraît passe transmettre au fœtus; mais elle est une cause fréquente de sa mort dans l'utérus.

CH. MAYGRIER.

La grippe à la Maternité, étude sur l'influence de la grippe chez la femme enceinte et accouchée, par F. LABADIE-LAGRAVE (*La Médecine moderne, p.* 89 *et* 105, 18 *et* 25 *février* 1892).

L'état puerpéral paraît prédisposer la femme à contracter la grippe, en affaiblissant la résistance de l'organisme; la grippe détermine parfois l'accouchement prématuré; chez les nouvelles accouchées, elle peut provoquer des hémorragies, des suppurations, moins fréquentes cependant depuis l'emploi des précautions antiseptiques, des accidents pulmonaires, pneumonies et broncho-pneumonies pouvant aboutir, chez des femmes enceintes n'ayant aucun antécédent cardiaque, aux acci-

dents du cœur forcé, fréquemment une albuminurie plus ou moins notable. Les accidents utérins peuvent être expliqués par la congestion provoquée par la grippe, mais l'infection en rend mieux compte et les hémorragies, comme l'avortement, semblent avoir pour cause une endométrite aiguë; quant aux suppurations, elles sont certainement dues à une infection surajoutée. Le diagnostic de la grippe et de l'infection puerpérale est souvent très embarrassant et il n'existe aucun signe absolument certain : la durée même de la fièvre n'est pas un signe suffisant.

GEORGES THIBIERGE.

Mort subite chez les accouchées, par Ch. VINAY (*Lyon méd.*, 6 *novembre* 1892).

L'auteur étudie, à propos de quelques cas personnels, les conditions dans lesquelles la mort subite peut survenir chez les accouchées.

Parmi les causes principales sont :

1° L'embolie de l'artère pulmonaire et du cœur droit (une observation inédite) dont le mécanisme et l'évolution sont bien connus. Vinay signale ce fait que les accidents d'embolie, qu'ils soient ou non mortels, sont parfois précédés de symptômes prémonitoires, tels que petites syncopes, douleurs dans la poitrine, accès de dyspnée, qui ont pour origine vraisemblable le détachement de fragments du thrombus;

2° L'entrée de l'air dans les veines; observée surtout dans les cas de version et de placenta prœvia. La pénétration de l'air est favorisée par les manœuvres, la béance des veines utérines et leur gros calibre;

3° La syncope et le choc, suite d'hémorragies, d'opérations, etc.;

4° Sous la rubrique « lésions diverses », Vinay range la mort subite par maladies du cœur, par hémorragie cérébrale (2 cas personnels, chez des éclamptiques), ou par des affections variées, hémoptysies, etc. A. C

De la grossesse après l'hystéropexie, par LABUSQUIÈRE (*Ann. de gyn.*, *juillet* 1891).

Sur 10 cas d'hystéropexie avec conservation des annexes, on a noté 9 fois la grossesse allant à terme, 2 fois la grossesse terminée par un avortement; dans 2 derniers cas la grossesse est en cours.

Donc, après la ventro-fixation directe ou indirecte de la matrice, dans la grande majorité des cas, la grossesse et l'accouchement évoluent normalement.

PORAK.

Erregen der Wehenthätigkeit durch intrauterine Injection von Glycerin (De l'emploi des injections intra-utérines de glycérine pour provoquer les contractions utérines), par PELZER (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 2.)

Parmi tous les procédés employés pour provoquer l'accouchement, Pelzer préconise les injections intra-utérines de glycérine. A l'aide d'un dispositif spécial très simple, il injecte entre la paroi utérine et les membranes 100 centimètres cubes de glycérine. Il a eu recours à ce moyen dans cinq cas; trois fois pour provoquer le travail, deux fois pour ranimer les contractions, l'utérus étant inerte. Dans tous ces cas, une ou deux injections ont toujours suffi pour mettre en jeu l'activité de l'organe.

D'après l'auteur la glycérine agit de plusieurs façons : en décollant les

membranes, en exerçant une action exosmotique sur le liquide amniotique, en irritant la paroi utérine. Selon lui, ce procédé a sur tous les autres l'avantage d'être simple et facile, d'éviter sûrement la rupture des membranes, de mettre à l'abri de l'infection, la glycérine étant antiseptique, enfin de déterminer rapidement les contractions utérines.

CH. MAYGRIER.

A case of complete inertia uteri at full term; labor induced by abdominal pressure, par THOMPSON (*Boston medical Journal*, 14 *juillet* 1892).

Thompson a eu l'occasion de mettre en pratique chez une femme de 27 ans, tripare, qui se considérait comme étant en travail depuis 6 jours et dont l'inertie utérine était complète, la méthode de Brown qui consiste, pour activer un travail laborieux, à exercer avec la main des pressions abdominales synchrones avec les douleurs. L'index de la main gauche dans le col, la main droite largement étendue sur le fond de l'utérus, il fit de fortes pressions et tout aussitôt remarqua que le col commençait à se dilater et que la pression extérieure déterminait des contractions de l'utérus. Au bout de 4 heures ces manœuvres déterminèrent l'expulsion d'un enfant en bonne santé.

CART.

Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front, par POLLOSSON (*Ann. de gyn.*, *mars* 1892).

Contrairement à l'opinion de Mangagialli, généralement adoptée, l'auteur croit que dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier au lieu de s'engager obliquement, le menton étant situé au-dessous de l'occiput, s'engage bien, il est vrai, obliquement, mais le menton est situé au-dessus de l'occiput. Dans la première hypothèse la présentation devrait se transformer en présentation de la face, tandis que dans la seconde la présentation ne peut se transformer ni en présentation du sommet, ni en présentation de la face.

C'est d'ailleurs la seule façon de comprendre comment, dans le dégagement de la tête, l'occiput sort avant le menton.

Deux conditions expliquent comment ce mécanisme compliqué peut s'accomplir; elles dépendent : 1° des déformations de la tête dans les accouchements de front; 2° de l'ouverture de la bouche dans ces présentations.

Le front est la partie la plus déclive de la tête. La tête du fœtus se trouve comprimée entre la face et l'occiput, à tel point que les diamètres ne représentent plus les dimensions qu'on lui accorde classiquement.

Grâce à ce modelage de la tête, elle peut traverser la filière pelvienne, à condition qu'elle soit suffisamment souple pour subir des modifications de la forme et qu'il n'y ait pas entre ses diamètres et ceux du bassin une trop grande disproportion.

Enfin, on admet habituellement que le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, vient buter au-dessous de la symphyse et que c'est autour de lui que se fait le dégagement de la tête, suivant les diamètres naso-syncipital, naso-occipital, naso-sous-occipital.

Il est cependant très probable, que la bouche en s'ouvrant, le menton se relève. Il en résulte une plus grande obliquité du diamètre occipito-mentonnier en même temps qu'une diminution de sa longueur d'un

demi centimètre. La bouche ouverte peut buter sur la symphyse et la tête se dégager alors par les diamètres bucco-syncipital, bucco-occipital et bucco-sous-occipital. PORAK.

I. — On the relation between backward displacement of the uterus and sterility and abortion, par G. E. HERMAN (*Transact. of the obst. Soc. of London*, *XXXIII*, *part.* 4, 1892).

II. — On the relation between backward displacements of the uterus and prolonged hœmmorrhage after delivery and abortion, par G. E. HERMAN (*Ibidem*, *XXXIV*, *part.* 1, 1892).

I. — Ce mémoire est basé sur l'analyse de 3,641 faits observés à London hospital. Herman compare les cas où il y avait déplacement de l'utérus en arrière avec ceux où il n'y en avait pas, et il conclut ainsi : Les retro-déviations de l'utérus n'ont pas d'influence appréciable sur la production de la stérilité absolue; mais elles amènent dans une certaine mesure une stérilité relative. Ce fait s'observe dans les dernières années de l'époque où les femmes sont encore aptes à concevoir.

Ces déplacements n'ont pas d'influence appréciable sur la production de l'avortement habituel; ils provoquent une certaine tendance à l'avortement, mais bien moins que d'autres causes. Cette tendance à avorter s'observe à la même époque de la vie que précédemment.

L'auteur rattache plutôt la stérilité relative et la possibilité de l'avortement, liées aux rétro-déviations, à des conditions de santé générale qu'à des phénomènes purement mécaniques.

II. — C'est encore sur l'examen des 3,641 cas précédents que l'auteur appuie ses conclusions sur la relation entre les rétro-déviations et les hémorragies post-partum. Voici ses conclusions :

Les déplacements de l'utérus en arrière sont plus communs chez les femmes fécondes que chez celles qui n'ont pas eu d'enfants. Ils s'observent plus fréquemment immédiatement après l'accouchement ou l'avortement que longtemps après la parturition. Ils se rencontrent plus souvent chez les femmes qui ont eu une hémorragie abondante post-partum que chez celles qui n'ont pas eu de perte. D'autre part, les hémorragies post-partum sont plus fréquentes quand il y a rétro-déviation qu'en dehors de cette condition. Cette double relation entre les déplacements de l'utérus en arrière et les hémorragies graves s'observe aussi bien après l'accouchement qu'après l'avortement. CH. MAYGRIER.

Das Myom des Uterus als Geburts-Hinderniss, par HUETER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 112, 8 *février* 1892).

Malgré l'extrême fréquence des tumeurs fibreuses de l'utérus, il est très rare qu'elles soient cause de dystocie. Car, ou bien elles empêchent la conception, ou bien elles amènent l'avortement. Jusqu'à 1870, Süsserott avait réuni 147 cas de dystocie de cette nature, avec une mortalité de 53 0/0 des mères et de 66 0/0 des enfants. 85 de ces tumeurs avaient exigé une intervention obstétricale : 20 fois le forceps, 20 fois la version podalique, 21 fois la délivrance artificielle, 12 fois l'opération césarienne, 8 fois l'avortement provoqué. 11 fois on put réduire la tumeur pendant le travail, 7 fois on l'enleva pendant l'accouchement, 6 fois on fit la per-

foration du crâne fœtal. En somme 40 0/0 des femmes seulement ont accouché spontanément.

Depuis Süsserott, Stratz (*R. S. M.* XXIX, 588) a publié 24 cas de tumeurs fibreuses utérines compliquant la grossesse ou l'accouchement.

Hueter relate une nouvelle observation de ce genre avec fœtus macéré extrait par la version podalique. La tumeur était si ramollie qu'on put l'enlever morceau par morceau, avant la délivrance. La femme guérit sans fièvre. (*R. S. M.*, XVIII, 142 et 144 ; XXII, 591 ; XXV, 637 ; XXIX, 178 ; XXX, 566 ; XXXVIII, 611 et XXXIX, 177). J. B.

De l'hémorragie utérine mixte et abondante pendant la grossesse et l'accouchement sans insertion vicieuse du placenta, par Mme HENRY (*Ann. de gyn., novembre* 1891).

C'est un accident très rare, car sur 20,927 accouchements, il n'a été constaté que 27 fois. Il est grave pour la mère, car la mort s'en est suivie 2 fois. Il l'est aussi pour l'enfant. L'accouchement eut lieu à terme 12 fois, avant terme 15 fois ; une fois dans le sixième mois, 11 fois dans le septième mois, 2 fois dans le huitième et une fois dans le neuvième ; 19 fois l'enfant était mort.

On constate des symptômes d'anémie en rapport avec l'abondance de l'hémorragie.

L'hémorragie reste interne, et alors tantôt elle passe inaperçue, tantôt des caillots peuvent être sentis à l'orifice interne où on peut les confondre avec le bord du placenta mal inséré. Elle est mixte, et le sang qui s'écoule en dehors, est noirâtre et poisseux.

L'accumulation du sang dans l'utérus détermine une augmentation de volume, formant quelquefois une bosselure pâteuse et non dure, comme le disent les auteurs. L'examen de l'arrière-faix permet d'y reconnaître une cupule où a séjourné le sang. En même temps les femmes ressentent au niveau de l'utérus une douleur quelquefois très vive.

Le traitement consiste en la terminaison aussi rapide que possible de l'accouchement, et en l'emploi des injections très chaudes et répétées.

PORAK.

La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui, par LABADIE-LAGRAVE et A. GOUGIS (*Ann. de gynécologie, octobre* 1891).

Autrefois, en cas d'épidémie, la forme la plus fréquente était la septicémie généralisée, prenant ordinairement une marche rapide et quelquefois foudroyante. Parmi les formes circonscrites, pour ainsi dire endémiques, la métrite (paramétrite, pelvipéritonite, pelvicellulite, etc.) était plus rare que la péritonite généralisée, presque toujours mortelle, la phlegmatia alba dolens, la plus bénigne de ces formes, était aussi la plus rarement observée.

Aujourd'hui, si l'on voulait dresser une statistique exacte, il faudrait placer au premier rang la métrite puerpérale avec toutes les variétés indiquées plus haut, y compris la salpingite. Puis viendraient la phlegmatia, enfin les formes générales atténuées, parmi lesquelles la septicémie se présente avec une fréquence particulière. On trouverait ensuite la péritonite, puis l'endocardite ulcéreuse, enfin le tétanos et les formes

généralisées suraiguës (septicémie, pyohémie), dont on n'observe plus guère qu'un cas isolé de loin en loin.

On voit donc que le caractère de la septicémie a beaucoup changé depuis l'antisepsie, puisque autrefois elle était constamment regardée comme une des formes les plus prématurées et les plus graves, tandis qu'aujourd'hui elle jouit presque constamment de suites bénignes et présente quelquefois un début tardif. Cette forme, dont la description classique n'était pas jusqu'à ce jour bien établie, doit être enfin fixée. C'est ce que les auteurs ont fait avec succès. Les péritonites généralisées et circonscrites sont modifiées dans leur fréquence, mais non pas dans leur évolution clinique.

Au point de vue du traitement, les auteurs se méfient du curetage, mais ont la plus grande confiance dans l'emploi des injections intra-utérines antiseptiques fréquentes. PORAK.

I. — Placenta prœvia et tamponnements, par V. VIVIEN (*Thèse de Paris*, 1892).

II. — Sur un nouveau traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta, par JOUVE (*Thèse de Paris*, 1892).

I. — Le premier travail est consacré à la défense du traitement ancien de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta à l'aide du tamponnement classique. Il étend même ses indications au tamponnement intra-utérin, suivant la méthode de Dührssen, dans le cas d'hémorragies post partum consécutives au placenta prœvia.

II. — Le second travail expose les idées de Pinard qui est bien près de proscrire complètement le tamponnement. Pour lui le traitement du placenta prœvia repose sur les doctrines de Lomer et autres, qui proposent de rompre les membranes dès qu'on le peut. Il fait suivre ou non cette intervention de la version podalique par manœuvres mixtes. Mais, reconnaissant que dans certains cas, rares, il est vrai, l'hémorragie n'est pas arrêtée, il conseille d'appliquer le ballon de Champetier, qui sert de tampon intra-utérin et provoque le travail. PORAK.

Placenta prœvia, par BERRY HART et Discussion (*Cong. gynéc.*, *Bruxelles*, *et Gaz. des hôpit.*, 1er *octobre* 1892).

Berry Hart étudie particulièrement le mécanisme de la séparation de la caduque, en considérant successivement l'aire du segment inférieur à la fin de la grossesse, les changements que lui fait subir le travail, l'anatomie de la couche spongieuse au point de séparation, le mécanisme exact de la séparation de la portion prœviale, la cause de l'hémorragie et le mécanisme de son arrêt.

Robert Barnes, au point de vue de la théorie du placenta prœvia, divise l'utérus en trois zones : la supérieure ou zone du fond ; l'équatoriale et l'inférieure. La première est le siège du placenta fondal, c'est la région d'attachement la plus sûre ; la seconde est le siège du placenta latéral, elle est moins sûre, car l'hémorragie est possible ; quant à la troisième, elle est le siège du placenta prœvia partiel ou central ; c'est la zone dangereuse.

Relativement à la pathogénie, Barnes résume ainsi ce qui est géné-

ralement admis : l'hémorragie coule principalement de la surface dénudée, et elle est artérielle. Dans le cours de beaucoup d'accouchements, il y a une époque où l'hémorragie cesse spontanément. Cet arrêt ne dépend pas du détachement total du placenta, ni de la mort du fœtus, ni de syncope de la mère, ni de pression sur le segment inférieur de la matrice dénudé du placenta, mais de la contraction de l'utérus, soit active, soit tonique, et de la coagulation du sang dans les orifices des vaisseaux.

Le traitement comprend les mesures suivantes : rompre le sac de l'amnios, qui dispose l'utérus à se contracter. Ajuster un fort bandage sur le ventre. Détacher tout placenta qui adhère dans la zone inférieure et, s'il n'y a pas d'hémorragie, attendre un peu; l'utérus fera peut-être sa besogne. Ceci manquant, dilater le col, attendre et surveiller. Si les forces naturelles font défaut, avoir recours au forceps ou, en dernier ressort, passer à la version. Éviter tout ce qui dispose à la septicémie, c'est-à-dire : la contusion de l'utérus, la rétention de restes de placenta, le défaut de contraction de l'utérus, l'activité d'absorption, renforcée par la perte de sang. Après la délivrance, si l'utérus ne se contracte pas et s'il y a hémorragie, injections chaudes phéniquées à 45° ou même injections contenant du perchlorure de fer. OZENNE.

Six cases of craniotomy, with remarks on the relative position of craniotomy and cœsarean section, par A. H. N. LEWERS (*Transact. of the obstetr. Soc. of London, XXXIV, part.* 2, 1892).

Il s'agit de 6 observations, où la crâniotomie fut pratiquée pour rétrécissement du bassin. Dans 4 de ces cas, le travail avait duré de longues heures avant qu'on intervînt; dans les 2 autres, l'opération offrit de grandes difficultés, cependant toutes les femmes guérirent.

Lewers rappelle que Donald a publié 18 cas de crâniotomie avec une issue heureuse pour toutes les mères. En additionnant tous ces faits, il conclut que la mortalité de la crâniotomie est extrêmement faible. Il pense que l'opération césarienne qui, malgré tous les perfectionnements modernes, reste très dangereuse, ne doit pas être une opération de choix, mais qu'on doit strictement la réserver aux cas où il n'y a aucun autre mode de délivrance possible. CH. MAYGRIER.

I. — Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'Ecole de Naples, par SPINELLI (*Ann. de gyn., janvier* 1892).

II. — De la symphyséotomie, par PINARD (*Ibidem, février* 1892).

III. — *Idem*, **par CHARPENTIER** (*Bull. acad. de méd., septembre* 1892).

IV. — *Idem*, **par VARNIER** (*Gaz. heb. de méd. Paris*, 1892).

V. — *Idem*, **par MORISANI** (*Ann. de gyn., avril* 1892).

VI. — *Idem*, **par PORAK** (*Bull. acad. de méd.*, 28 *septembre* 1892).

VII. — Du danger des applications de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur, par PORAK (*Bull. Soc. obst. de Paris, octobre* 1892).

VIII. — De la symphyséotomie, par BERNHEIM (*Ibidem, novembre* 1892).

IX. — Un cas de symphyséotomie, par MERLIN (*Loire méd., août* 1892).

X. — Etude sur la symphyséotomie, par CARUSO (*Ann. di ostetricia, n°* 4, 1892).

XI. — Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie, par DESFORGES (*Thèse de Paris*, 1892).

XII. — Note sur un cas de symphyséotomie, par MULLERHEIM (*Ann. de gyn., août* 1892).

I à XII. — Après avoir joui d'une grande vogue à la fin du siècle dernier, la symphyséotomie avait été abandonnée jusque dans ces derniers temps par la plupart des accoucheurs. Elle a été pratiquée cependant de loin en loin en Italie et récemment Novi et Morisani se sont déclarés les promoteurs convaincus et les vulgarisateurs de cette opération. Ils l'ont pratiquée d'une façon presque systématique (Desforges).

Morisani a dressé la statistique des résultats de l'opération en compulsant d'abord les cas les plus anciens, puis dans une statistique nous indiquant seulement les cas partant de 1877 jusqu'en 1885.

Cette statistique porte sur 80 cas donnant une mortalité maternelle de 31,25 0/0 et une mortalité des enfants de 51,85 0/0, s'élevant jusqu'à 67,90 0/0, en comptant les enfants morts peu de temps après leur naissance.

Depuis 1885, les statistiques deviennent bien meilleures. Le succès est évidemment dû à l'introduction de l'antisepsie, à la fixation du manuel opératoire et des indications.

Morisani fit 12 fois l'opération avec un succès constant pour les mères et pour les enfants.

Spinelli, relevant les cas de Morisani et de Novi, arrive à 24 opérations avec une mortalite nulle pour les mères et une mortalité de 0,04 0/0 pour les enfants.

Charpentier et Pinard préconisèrent simultanément cette opération. Pinard donna les trois premières relations d'interventions. heureuses aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Tarnier rapporta un succès. Il s'agissait d'une femme qui n'avait pu être délivrée antérieurement que grâce à l'embryotomie. Porak donna aussi la relation de deux nouvelles observations avec succès pour la mère et pour l'enfant (*R. S. M.*,XL, 209).

Les accoucheurs italiens se sont occupés de fixer les limites inférieures du rétrécissement du bassin, à partir desquelles la symphyséotomie cesse d'être indiquée.

Pour Morisani on ne doit pas pratiquer l'opération dans des bassins ayant un diamètre inférieur à 6 cent. 7; Novi croit pouvoir abaisser cette limite jusqu'à 5 cent. 4. Au-dessous de ces rétrécissements, si l'enfant est vivant, on doit pratiquer l'opération césarienne. Mais si l'enfant est mort, on doit, après la symphyséotomie, recourir à l'embryotomie tant que l'instrument peut passer.

Les indications de l'accouchement prématuré artificiel doivent toujours rester fixées lorsqu'on peut examiner une femme enceinte dans le cours de sa grossesse. Même dans ce cas, s'il existe une disproportion entre la tête de l'enfant et le bassin rétréci, la symphyséotomie trouve encore son indication (Novi, Morisani).

L'emploi rigoureux de l'antisepsie, la précaution de ne pas opérer dans des cas de bassins trop étroits, la fixation de l'opération de bonne heure et avant d'avoir multiplié les manœuvres obstétricales, sont les conditions qui favorisent un bon pronostic aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Est-il donc juste de penser qu'on ne soit plus autorisé de se servir du basiotribe ou de l'embryotomie dans les rétrécissements du bassin tant que l'enfant est vivant? Les partisans de la symphyséotomie semblent se rallier à cette opinion trop absolue.

Pinard avait pensé que, en appliquant les forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, on pouvait réussir à extraire l'enfant alors que l'application oblique ou transversale était suivie d'insuccès.

Porak s'appuyant sur l'absence de moyens d'évaluation certaine, permettant d'affirmer qu'un rétrécissement était infranchissable, avait soutenu qu'on ne devait recourir à la symphyséotomie qu'après avoir constaté l'insuccès du forceps. Mais les applications de cet instrument suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur font courir à la mère des risques graves. Il publie 2 observations de ruptures, dans un des cas, du cul-de-sac postérieur du vagin, dans l'autre, de la partie postérieure du col de l'utérus.

Pinard, de ses expériences sur le cadavre, a confirmé les opinions émises antérieurement par Bouchacourt.

Pour chaque centimètre d'écartement de la symphyse pubienne, le diamètre A P du détroit supérieur augmente de 2 millim. 1/2, le diamètre T de 5 millim., le diamètre bi-ischiatique davantage encore.

De plus, les parties molles refoulées à travers le pubis écarté peuvent accroître encore le diamètre A-P du détroit supérieur, dans une étendue d'autant plus grande que les pubis sont plus éloignés l'un de l'autre.

L'auteur pense enfin, qu'un écart de 6 centimètres est ordinairement nécessaire pour que des lésions étendues se produisent au niveau des articulations sacro-iliaques.

D'expériences et d'autopsies pratiquées par Porak, celui-ci pense que les ligaments antéro-postérieurs des articulations sacro-iliaques se rompent plus difficilement chez les femmes enceintes ou en travail, que chez les femmes non gravides. Mais, en dehors de la grossesse, il peut suffire d'un écartement de 4 centimètres, surtout s'il est produit brusquement, pour que le diastasis qui porte tout d'abord sur l'une des articulations sacro-iliaques, s'accompagne de déchirures manifestes et précoces du ligament antérieur.

Le diastasis et la lésion du ligament antérieur ne se produisent sur l'autre articulation sacro-iliaque, que lorsque le diastasis de la première articulation est assez prononcé pour que des tiraillements se produisent sur le ligament inter-osseux. D'ailleurs ces lésions ligamentaires apparaissent à un moindre degré et plus tardivement lorsqu'on écarte le pubis avec un instrument, que lorsqu'on écarte brusquement les cuisses. L'écart du pubis est nul tant que le ligament triangulaire n'est pas sectionné. (Porak, Bernheim.)

Cette dernière observation conduit à l'opinion de Leopold rapportée ci-après :

Le manuel opératoire employé a été très différent. On s'accorde à attaquer la symphyse d'arrière en avant; mais, tandis que les uns commencent l'incision par en bas, d'autres la font par en haut. Le simple bistouri boutonné est l'instrument le plus souvent employé. Galbiati a conseillé un instrument en forme de faux, Spinelli un instrument qui lui permet de limiter l'incision. Charpentier, presque seul de son avis, attaque la symphyse d'avant en arrière, garanti par une lame de plomb qu'il glisse en arrière de la symphyse.

Tous les opérateurs tentent la réunion par première intention, par des ligatures de la plaie cutanée. Elle n'est très souvent pas obtenue. Aussi Leopold conseille-t-il la suture osseuse.

Un bandage solide est appliqué sur le bassin. On a conseillé de faire un appareil plâtré (Pinard), ou d'employer la bande d'Esmarch (Müllerheim). Les suites éloignées de l'opération sont favorables. Les malades marchent aussi bien qu'auparavant et sans douleur. La symphyse pubienne a récupéré sa solidité (Pinard), elle reste pour d'autres malades plus mobile (Porak et Bernheim).

Pendant les couches, il n'y a généralement aucun phénomène inquiétant. La température ne doit pas se maintenir au-dessus de 38° et le pouls ne doit pas rester fréquent. On constate assez souvent de la rétention d'urine, mais celle-ci est passagère. PORAK.

I. — Zwei Symphyseotomien mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind par G. LEOPOLD (*Centr. für Gyn.*, n° 30, 30 *juillet* 1892).

II. — Ueber die Symphyseotomie, par MÜLLERHEIM (*Ibidem.*, n° 30.)

III. — Symphyseotomie mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind, par D. V. VELITS (*Ibidem*, n° 40, 8 *octobre* 1892).

IV. — Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur, par P. ZWEIFEL (*Ibidem*, n° 44, 5 *novembre* 1892).

I. — 1° Femme âgée de 37 ans, ayant eu 3 accouchements antérieurs, les 2 premiers terminés par le forceps avec enfants morts, le troisième prématuré spontané. Bassin rachitique, généralement rétréci; 6 centimètres 1/2 de diamètre conjugué vrai.

Enceinte pour la quatrième fois, à terme. Les membranes se rompent et le travail se déclare. La tête reste élevée et fixe au détroit supérieur. A la dilatation complète, après 7 heures 1/2 de travail, on pratique la symphyséotomie; extraction avec le forceps d'une fille de 3,565 grammes. Pendant la terminaison de l'accouchement, l'écartement de la symphyse mesura jusqu'à 7 centimètres.

Une hémorragie abondante eut lieu après la section de la symphyse par section du ligament sous-pubien et lésion du clitoris ; elle fut arrêtée par la compression.

Suture de la symphyse avec 3 fils de soie; puis suture des parties molles. Bandage pelvien pendant 3 semaines. Suites normales.

2° Une femme de 37 ans, ayant eu un accouchement antérieur terminé par une craniotomie, se présente en travail à l'hôpital. On constate que les membranes sont rompues et que la tête fœtale est immobilisée au détroit supérieur; le bassin est vicié et a un diamètre conjugué vrai de 6 centimètre 3/4.

Symphyséotomie; extraction avec le forceps d'un garçon vivant de 3,310 grammes.

Le ligament triangulaire ne fut pas sectionné. L'écartement de la symphyse alla à 6 centimètres 1/2.

Suture et bandage comme dans le cas précédent. Suites normales. Locomotion parfaite à partir du 17[e] jour.

Leopold pense que la symphyséotomie doit être désormais substituée à la perforation du crâne d'un enfant vivant et à la section césarienne pour indications relatives.

Il se propose dorénavant de ne sectionner que la moitié supérieure de la symphyse, cette simple division suffisant à amener un écartement de 3 centimètres; il pense qu'en faisant ensuite écarter un peu les genoux de la parturiente, il pourra dans la majorité des cas faire pénétrer la tête fœtale dans le bassin.

II. — Parturiente de 34 ans, ayant eu un premier accouchement très lent terminé par la naissance d'un enfant mort, et un second avec application du forceps.

En travail depuis près de 6 jours, elle est transportée dans la clinique de Freund à Strasbourg. On constate que les membranes sont rompues, et que la tête se présente : elle est volumineuse, dure, mobile au détroit supérieur. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres. Le travail ne faisant aucun progrès, la femme étant épuisée, on se décide à intervenir par la symphyséotomie. Après la section de la symphyse on entoure le bassin avec une bande d'Esmarch pour prévenir un écartement brusque. Au bout de quelques minutes, la tête s'engage, et l'accouchement se termine spontanément par la naissance d'un garçon de 4,000 grammes, en état de mort apparente, mais qui est rapidement ranimé.

Les suites de couches furent traversées par quelques accidents : œdème des grandes lèvres, écoulement vaginal fétide, légère élévation de température. Cependant le 21[e] jour, la malade était en état de se lever et pouvait se tenir debout. Les jours suivants, la marche put s'effectuer sans peine; la consolidation était parfaite.

III. — Une femme de 21 ans est amenée en travail à la clinique de Presbourg. Elle a eu déjà 2 accouchements qui ont dû être terminés par la craniotomie. Elle a marché à 4 ans, et présente tous les signes du rachitisme; sa taille est de 1[m]. 44. Le bassin est plat, généralement rétréci; le diamètre conjugué vrai mesure 7 centimètres 1/2; il y a un faux promontoire.

La grossesse est à terme. L'enfant se présente par le sommet; la tête n'est nullement engagée. Les battements du cœur sont bons.

Les progrès du travail n'amènent aucun changement dans l'engagement. Une bosse séro-sanguine se forme, le col s'œdémacie, et du méconium s'écoule.

On se décide à faire la symphyséotomie. La symphyse est incisée *dans ses 3/4 supérieurs seulement*, ce qui donne 1 centimètre 1/2 d'écartement. Le forceps est appliqué; mais, sous l'influence des tractions, la partie inférieur de la symphyse cède avec bruit, et il se fait un écartement de 4 centimètres. La tête est alors entraînée facilement dans l'excavation.

On extrait un garçon vivant, de 3,200 grammes. Délivrance normale. Suites de couches apyrétiques. La malade supportant mal la pression d'une bande de caoutchouc sur le bassin, on remplace cette bande par une ceinture à boucles. Elle se lève le 22[e] jour et marche sans difficulté. Elle sort 4 jours plus tard en excellent état, allaitant son enfant.

Il est intéressant de noter que Velits a, dans ce cas, mis à exécution le conseil donné par Leopold de n'inciser la symphyse que dans ses 3/4

supérieurs, pour ménager le ligament sous-pubien, le clitoris et l'urètre. Mais l'écartement obtenu n'a pas été suffisant, et bien que le rétrécissement ne fut pas très considérable le quart inférieur de la symphyse s'est rompu pendant les tractions.

IV. — Femme de 37 ans, ayant eu 7 accouchements, dont 6 se sont terminés par la version et un par le forceps : un seul enfant, né prématurément, a survécu, tous les autres sont morts pendant le travail.

Enceinte de nouveau et à terme, elle entre à la clinique, décidée à se soumettre à l'opération césarienne pour avoir un enfant vivant. Elle est en travail depuis 2 jours : La poche des eaux est rompue depuis 36 heures, et on constate une présentation du sommet, mobile au détroit supérieur. Le bassin est vicié et le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres. L'engagement ne faisant aucun progrès, on pratique la symphyséotomie. Une application du forceps Tarnier permet l'extraction d'une fille vivante de 3,500 grammes. Pendant l'opération, l'écartement des pubis a été jusqu'à 6 centimètres 1/2. Le bassin est maintenu serré avec un lien élastique. Consolidation parfaite et locomotion sans difficulté à partir du 19e jour.

L'auteur fait suivre la relation de ce fait de considérations sur la symphyséotomie en général, sur les mouvements des articulations sacro-iliaques et sur la rareté de leurs lésions par le fait de la section et même de la rupture de la symphyse pubienne. Il insiste cependant sur la possibilité de la suppuration des articulations sacro-iliaques pendant les suites de couches et rapporte à l'appui l'observation suivante :

Femme qui eut à 2 accouchements successifs une rupture de la symphyse. Au premier accouchement, cet accident eut lieu pendant l'extraction de la tête avec le forceps; la malade ne put marcher qu'au bout de 3 mois, avec des béquilles, et ressentit longtemps de vives douleurs dans les articulations du bassin; toutefois il n'y eut pas de suppuration.

Au second accouchement, la tête de l'enfant put être extraite sans lésion avec le forceps; mais les épaules très volumineuses ne purent être engagées dans le bassin qu'au prix d'efforts considérables; au moment de leur passage, la symphyse se rompit brusquement; l'enfant pesait 11 livres 1/2. Les suites de couches furent normales; mais la malade ne put commencer à marcher difficilement et avec des douleurs qu'au bout de 2 mois; et 4 ou 5 mois plus tard, deux abcès se firent jour au niveau de la commissure postérieure, l'un à droite, l'autre à gauche. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Extra-uterin-Zwillings-Schwangerschaft... (Grossesse extra-utérine gémellaire), par STRECKER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13, *p.* 314, 28 *mars* 1892).

Fille de 30 ans trouvée morte dans son lit. Pâleur extrême de la peau et des muqueuses. Colostrum dans les mamelles. Pigmentation des aréoles mammaires et de la ligne blanche. Pas de météorisme. Grand épiploon barbouillé de sang et recouvrant entièrement les intestins. La cavité abdominale, et spécialement le petit bassin, contient un demi-litre de sang en partie coagulé. Grand épiploon adhérent au voisinage de l'utérus qui a deux ou trois fois son volume ordinaire. Trompe et ovaire droits normaux. Du côté gauche, se trouvait une tumeur, grosse comme une petite tête d'enfant, s'étendant du bord supérieur du ligament large jusqu'au point de réflexion du péritoine sur le rectum; elle était mobile dans le petit bassin. Entre cette tumeur et le rectum, était un caillot, consistant, cachant du tissu placentaire villeux et déchiré. Col utérin d'aspect virginal. Utérus vide. Entre l'utérus, le rectum et le grand épiploon, brides péritonéales. La tumeur du côté gauche, à la partie inférieure de laquelle faisait saillie du tissu placentaire, était globuleuse, sauf à

son extrémité supérieure où la trompe avait l'apparence d'un col de cornue et contenait la tête d'un fœtus allongée en forme de boudin, la face dirigée obliquement en dehors. La face antérieure du tronc de ce fœtus, de sexe masculin, regardait la ligne médiane du ventre maternel. Entre l'extrémité en col de cornue et la masse principale de la tumeur, était un orifice à bords épais, laissant librement passage au cou du fœtus qui offrait les plis de rotation. Dans la partie inférieure de la tumeur, se trouvait un 2e fœtus masculin, bien développé, la tête dirigée en haut et en dedans. A l'endroit où les deux fœtus étaient en contact, il y avait un repli mince les séparant et inséré presque perpendiculairement sur un placenta qui s'étendait de dedans en dehors et de haut en bas où se trouvaient les villosités. Les deux cordons ombilicaux s'inséraient côte à côte au centre du placenta; seulement celui du fœtus inférieur faisait un plus grand trajet dans le repli qui représentait peut-être les restes de l'amnios. J. B.

Erfahrungen ueber die operative Behandlung geplatzter Tubarschwangerschaften, par A. GUSSEROW (*Berlin. klin. Wochens. n°* 22, *p.* 525, 30 *mai* 1892).

Gusserow a eu l'occasion de recourir 20 fois à la laparotomie pour hémorragie interne tenant à une rupture de grossesse extra-utérine dans les premiers mois. Treize fois l'hémorragie avait été le premier symptôme morbide et sept fois elle avait été précédée d'une hématocèle. Des 13 opérées de la première catégorie, 2 sont mortes, l'une un mois après la laparotomie, d'une affection des reins d'ancienne date, l'autre dans le collapsus, immédiatement après l'opération trop tardive.

Des 7 opérées de la seconde catégorie, 1 seule opérée in extremis a succombé.

Gusserow conclut de son expérience que lorsqu'on se trouve en face d'une femme offrant les signes d'une hémorragie intra-péritonéale, il faut, sans hésiter, pratiquer la laparotomie, alors même qu'on n'est pas absolument sûr du diagnostic de la grossesse ou qu'il se produit une amélioration passagère. Si, en effet, l'hémorragie ne tient pas à une grossesse, l'ouverture de l'abdomen permet d'en découvrir la cause. J. B.

De la grossesse extra-utérine, par MARTIN et Discussion (*Cong. gynéc., Bruxelles et Bulletin méd.*, 21 *septembre* 1892).

Pour Martin, l'étiologie de la grossesse extra-utérine est encore très obscure; elle ne sera élucidée que lorsque la physiologie de l'imprégnation sera connue. L'insertion tubaire de l'ovule est la plus commune, bien que l'insertion ovarienne ne soit pas excessivement rare.

Le diagnostic reste un diagnostic de probabilité pour tous les cas, sauf cependant pour ceux dans lesquels on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, la formation intra-utérine d'une caduque sans chorion manifeste ou le produit lui-même.

L'issue ne se fait que rarement par métamorphose régressive (formation de lithopédion, momification). Dans la plupart des cas, la mort de l'ovule se produit par hémorragie dans le sac fœtal ou dans l'ovule lui-même. On voit alors se produire ou l'évacuation du sang dans la cavité abdominale par l'orifice abdominal de la trompe (avortement tubaire) ou rupture dans la continuité de la trompe (dans la cavité abdominale ou dans le ligament large). Cette hémorragie s'arrête rarement. Le plus souvent la mort survient par anémie ou par péritonite.

On doit traiter la grossesse extra-utérine comme un néoplasme dangereux. Par conséquent, la thérapeutique de choix est l'intervention opératoire entreprise aussitôt que possible, dans toutes les variétés de grossesse ectopique. Le traitement par les injections de morphine ne donne que des guérisons tardives.

Alban Doran met en doute tout autre siège primitif que la trompe; le siège le plus fréquent est sa partie moyenne. Les grossesses dites ovariennes et tubo-abdominales sont, au début, tubo-ovariennes et tubo-abdominales. Un sac tubaire, situé près de l'utérus, se rompt de bonne heure; il résiste davantage et contracte des adhérences quand il siège vers le pavillon. Pour la grossesse ectopique dans une corne utérine rudimentaire, c'est à l'hystérectomie que l'on doit avoir recours, car il est impossible de constituer un pédicule.

Dmitri de Ott divise les symptômes consécutifs à l'arrêt de la grossesse extra-utérine en : 1° phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu (reprises d'hémorragie interne; symptômes de corps étranger abdominal; lésions inflammatoires de toute espèce; suppuration et gangrène de la tumeur); 2° phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus. Ces derniers phénomènes sont semblables à ceux qu'on observe dans la grossesse intra-utérine.

L'arrêt de développement de la grossesse extra-utérine est caractérisé par des phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin complet. L'hémorragie, qui peut durer des mois entiers, est le symptôme le plus caractéristique. L'ablation de l'œuf et des parties altérées doit être faite de bonne heure.

Rein affirme avoir observé deux cas de grossesse abdominale. Il a pu obtenir un enfant vivant à la trente-septième semaine, et il estime que, si la grossesse a dépassé la moitié de sa durée, si l'enfant est vivant, on peut attendre, avant d'intervenir, jusqu'à la trente ou trente-cinquième semaine.

Pichevin pense que le plus souvent le diagnostic de la grossesse extra-utérine est facile; six fois sur huit il a pu le porter, parce qu'il l'a recherchée presque systématiquement. Deux fois il y a eu mort, l'une par hémorragie et l'autre par péritonite. Il cite un cas de diagnostic fort difficile; la laparotomie, que l'on pratiqua en pensant à une grossesse extra-utérine, fit découvrir un kyste tubo-ovarique et un kyste péri-ovarique.

Pavlaki Fenerley Bey rapporte cinq cas de grossesse extra-utérine; dans les deux premiers, elle se révéla par des accidents graves de pelvi-péritonite aux neuvième et septième mois; les mouvements du fœtus étaient perceptibles ; dans les trois autres cas, la grossesse fut prise pour un abcès pelvien ou une hématocèle péri-utérine. Suivant cet auteur, c'est à des grossesses ectopiques qu'il faut rapporter la plupart des hématocèles péri-utérines.

Cameron rapporte un cas de grossesse abdominale. Il est partisan de la laparotomie précoce.

Petit a toujours constaté dans six à huit cas d'hémato-salpinx de petit volume, la présence de villosités révélatrices plus ou moins atrophiées

et d'un lit de cellules déciduales, caractéristiques d'une grossesse extra-utérine. Il croit que cette dernière a une part importante dans la genèse des inflammations des annexes. OZENNE.

MALADIES DES ENFANTS.

Note sur l'allaitement des nouveau-nés, par BUDIN et CHAVANNE (*Bull. acad. méd.*, 19 *juillet* 1892).

Cette note repose sur l'observation de 191 nouveau-nés soumis soit à l'allaitement maternel, soit à l'allaitement mixte, soit à l'allaitement artificiel (lait de vache pur stérilisé). La moyenne d'augmentation de poids, à partir du deuxième jour, a été quotidiennement de 22,59.

Sur ces 191 enfants, 13 seulement ont eu de la diarrhée légère: 6 parmi les enfants nourris exclusivement par leurs mères, 7 dans les cas d'allaitement mixte.

Dans les onze observations d'allaitement artificiel, on n'a relevé aucun accident du tube digestif. Les nouveau-nés digèrent bien le lait stérilisé.

OZENNE.

Beobachtungen an 1000 Neugeborener über Nabelkrankheiten, etc. (**Observations de 1,000 nouveau-nés au point de vue des affections ombilicales, etc.**), **par ERÖSS** (*Arch. für Gyn.*, *XLI*, 3).

Les recherches d'Eröss ont été faites à la clinique obstétricale de Budapest et ont porté sur 1,000 nouveau-nés dans l'espace d'un an et demi.

La dessication du cordon et la cicatrisation de l'ombilic ne se sont faites normalement que 32 fois sur 100. Dans les autres cas, c'est-à-dire 68 fois sur 100, il y a eu des anomalies plus ou moins graves, que l'auteur divise en six groupes distincts.

Dans le premier groupe sont rangés les cas où il y a eu sphacèle de tout ou partie du bout ombilical du cordon. Cette complication c'est produite dans 147 cas sur 1,000 (14.7 sur 100); le plus souvent elle a apparu vers le troisième jour. De ces 147 enfants, 81 ont eu de la fièvre et 3 sont morts d'infection générale pendant leur séjour à la clinique. Un grand nombre de ces enfants ont quitté l'hôpital avec de la fièvre et plusieurs ont succombé plus tard à l'infection. D'après Eröss ce sphacèle s'observe surtout dans les cordons très vasculaires; il incrimine aussi le pansement ouaté, l'ouate ne laissant pas à l'air un aussi libre passage que la toile, et s'opposant ainsi la à dessication parfaite du cordon.

Le second groupe comprend les cas où le cordon ne se dessèche normalement qu'à son extrémité; la portion voisine de l'ombilic reste molle, brunâtre, se détache par lambeaux, et il se forme autour de l'ombilic un sillon inflammatoire qui est le siège d'un écoulement séreux ou séro-puru-

lent. Cette anomalie a été observée chez 182 enfants (18.2 0/0). Il n'y a eu de fièvre que chez 32 sur 100 d'entre eux ; 2 seulement sont morts, au bout de deux mois d'infection.

Dans le troisième groupe, 224 nouveau-nés (22.4 0/0) ont présenté les phénomènes suivants : la momification du cordon s'est faite normalement, sauf dans une petite étendue de 1 millimètre à 1 centimètre au voisinage de l'ombilic ; il est resté en ce point un petit bourgeon plus ou moins gros, qui a disparu au bout de 1 à 4 jours, après avoir provoqué une légère inflammation suppurative périphérique. Ces cas ont été traités par un pansement à l'ouate iodoformée : les enfants ont cependant présenté parfois des mouvements fébriles ; mais aucun n'a succombé à la Clinique.

Le quatrième groupe a trait aux cas où après la chute normale du cordon, il s'est produit une légère inflammation cutanée au niveau de l'ombilic (*omphalite catarrhale*). 109 enfants (10.9 0/0) ont présenté cette anomalie ; il y a eu dans 22 pour 100 de ces cas une fièvre de courte durée.

Le cinquième groupe comprend 17 nouveau-nés (1.7 0/0) qui ont eu une ulcération ombilicale après la chute du cordon ; cette plaie s'est généralement cicatrisée en quelques jours, et n'a donné lieu à de la réaction fébrile que 18 fois sur 100.

Enfin, 2 enfants seulement forment le sixième groupe : ils ont présenté de la gangrène de l'ombilic et ont succombé à une péritonite consécutive.

En résumé, chez 1,000 nouveau-nés, des affections de l'ombilic ont déterminé 22 fois sur 100 de la fièvre ; la mortalité ne peut être établie exactement, beaucoup d'enfants ayant quitté la Clinique encore fébriles, et leur sort ultérieur étant resté inconnu.

L'état de l'ombilic est d'autant plus à surveiller chez les nouveau-nés que la fièvre est parfois le seul indice d'une infection survenue à la suite d'un trouble en apparence insignifiant dans la marche de la cicatrisation ombilicale.

Relativement au traitement, Eröss conseille, comme Runge, de laisser le plus possible l'air circuler autour du cordon, afin de favoriser ainsi sa dessication. Il ne préconise pas tant l'emploi de pansements antiseptiques que la propreté la plus extrême ; il recommande surtout de ne pas abandonner la surveillance du cordon aux sages-femmes, ou d'exiger d'elles la plus grande attention à toute anomalie survenant du côté de l'ombilic.

CH. MAYGRIER.

Deux cent cinquante-huit cas d'asphyxie chez les nouveau-nés, par Charles TEMPLEMAN (*Edinburgh med. j., p.* 322, *octobre* 1891).

On ne pourrait croire que cette cause donnât une mortalité aussi considérable. D'après l'âge ces 258 cas observés depuis 10 ans de 1882 à 1891 se répartissent ainsi : 62 dans le 1er mois de la vie de l'enfant, 67 au 2e, 66 au 3e, 21 au 4e, 16 au 5e, 13 au 6e, 5 au 7e, 4 au 8e et 4 au 9e. Jamais on n'a trouvé de cas après 9 mois. C'est qu'à cette époque les enfants sont plus vigoureux, par leurs mouvements et leurs cris ils avertissent les parents. C'est dans la nuit du samedi au dimanche que le plus grand nombre d'accidents se produisent : 46 0/0. Ce qui tient à l'influence

considérable de l'ivresse des parents. De même, la mortalité des enfants naturels est beaucoup plus grande : 32 0/0 du chiffre total. C'est qu'en effet l'étouffement des enfants se fait presque toujours dans le lit par les parents, couchant tous ensemble dans une promiscuité effroyable, chez des malheureux sans ressources et le plus souvent en état d'ivresse.

Cet étouffement se produit par trois procédés.

Pendant que l'enfant a la figure appuyée fortement sur le sein de sa mère, il ne peut respirer, l'air ne peut pénétrer dans ses voies aériennes et il meurt.

L'étouffement peut se produire de même par l'application de couvertures sur la face de l'enfant.

Enfin lorsque l'enfant est placé entre ses parents, ou à côté de l'un d'eux, celui-ci en se retournant pendant son sommeil, peut se coucher sur lui et amener sa mort.

L'enfant ne présente dans ces différents cas, aucun signe extérieur de violence. La figure est calme et tranquille. A l'autopsie on trouve les lésions ordinaires de l'asphyxie, un degré variable de congestion des méninges, des viscères et en particulier des poumons et des reins; le sang est épais et noir, les grosses veines thoraciques, distendues. Le cœur droit est dilaté, tandis que le gauche est vide et rétracté. Dans la moitié des cas on trouve de petites hémorragies punctiformes de la plèvre et du péricarde.

Les causes les plus fréquentes sont l'ignorance et le manque de soins des mères, l'ivresse, les excès de couvertures et, suivant quelques auteurs, l'illégitimité des enfants (32 0/0 des cas relevés) et aussi l'assurance sur la vie de l'enfant. Sur 100 cas, aucune assurance n'avait été faite que dans 46 cas. 26 fois il y avait une assurance mais qui ne donnait aucune somme aux parents en cas de mort. Enfin 28 étaient assurés et les parents touchaient des sommes variant de 7 sh. 6 d. à 45 sh.

L'auteur termine en se demandant s'il serait possible de supprimer cette cause malheureusement fréquente de mortalité infantile. Il déplore l'impossibilité où l'on est de prouver la culpabilité des parents, quand elle existe. Le meilleur remède serait la séparation de l'enfant et des parents, avec défense aux parents de prendre dans un lit commun des enfants âgés de moins de 2 ans. F. VERCHÈRE

Premiers documents pour servir à l'histoire des injections de sérum de chien pratiquées chez les enfants nouveau-nés, issus de tuberculeuses ou nés en état de faiblesse congénitale, par PINARD (*Ann. de gyn., novembre* 1891).

Vingt et un enfants pesant à la naissance, sauf un, au-dessous de 2600 et au-dessus de 1310, ont reçu par injection hypodermique du sérum de sang de chien, ordinairement à la dose de 2 centimètres cubes, avec toutes les précautions antiseptiques voulues. Ces injections ne déterminent jamais d'accidents et constituent pour le nouveau-né en état de faiblesse congénitale un tonique puissant. Son mode d'action reste encore indéterminé. PORAK.

Du craniotabes ou ramollissement des os du crâne chez les jeunes enfants, par PABY (*Thèse de Paris*, 1892).

Travail reposant sur 62 observations personnelles ; d'où l'auteur tire

les conclusions suivantes : Le craniotabes est une affection banale de la première enfance (surtout de 2 à 8 mois) ; il n'est pas forcément lié au rachitisme, ne donne lieu ni aux convulsions ni au spasme de la glotte ; bien traité, il guérit toujours. H. L.

Ueber Erkrankung der Medulla oblongata im Kindesalter, par HOPPE-SEYLER (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, II, p.* 188, 1892).

Enfant de 14 ans chez lequel, vers l'âge de 3 à 4 ans, était survenue une paralysie atrophique dans le domaine du facial, de l'hypoglosse et du spinal. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une localisation anormale de la poliomyélite aiguë des enfants (paralysie spinale infantile). Il rappelle que Medin a signalé des cas du même genre. PIERRE MARIE.

Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter (Nervosisme et psychoses dans l'enfance), par FRIEDMANN (*Münch. med. Woch.*, *n*os 21 *à* 25, *p.* 359, 440, 1892).

Pendant trois années, l'auteur a eu à soigner (en éliminant les idiots) chez l'enfant 66 névroses fonctionnelles (y compris 22 chorées), 45 maladies nerveuses localisées et périphériques et seulement 4 psychoses, tandis que sur 38 adultes il trouve 38 spychoses. Par contre, la chorée a une fréquence considérable et la neurasthénie ne se manifeste pas encore sous la forme qu'on lui connaît chez l'adulte. L'hystérie est relativement fréquente et sa symptomatologie est aussi relativement grave. Enfin l'irritation cérébrale a chez eux un cachet spécial, qu'elle soit passagère ou permanente.

Étiologiquement, le point frappant, c'est l'importance de la constitution nerveuse dans un grand nombre de névroses générales. Cette constitution se manifeste par de l'éréthisme et de l'hyperesthésie psychique ; la torpeur intellectuelle fait défaut. En second lieu, on est frappé de la tendance aux signes de convulsion et de paralysie d'origine sensorielle, ce que Maudsley appelait convulsibilité. Dans le domaine des manifestations irritatives d'origine psychique, il faut autant noter la tendance aux troubles passagers, que la rareté des troubles continus ou à répétitions continuelles. Si ceux-ci se présentent, c'est plutôt avec les caractères d'épuisement marqué, de paralysie, de torpeur.

Les psychoses de l'enfance se caractérisent non pas tant par du délire que par un appauvrissement de la pensée, et une torpeur cérébrale ordinairement passagère. Sauf les cas rares d'excitation maniaque, on constate presque toujours de la tendance à l'épuisement général de l'activité psychique. Au point de vue étiologique, la plus grande partie de ces psychoses repose non sur un trouble prépondérant du système nerveux, mais sur une prédisposition congénitale aux troubles psychiques.

Cliniquement la tendance à la torpeur est cause que le cerveau de l'enfant n'est pas adapté aux psychoses à excitation durable, l'excitation conduisant vite à l'épuisement. Il faudra donc, chez les prédisposés, insister sur l'éducation ; s'opposer aux fatigues intellectuelles et physiques, empêcher l'envoi prématuré de ces enfants à l'école. C. LUZET.

Paralysies bilatérales et pseudo-plégies de l'enfance, avec description d'une forme spéciale de cause paludique, par William BROWNING (*The Americ. J. of the med. sc., p.* 600, *décembre* 1891).

Les paralysies partielles dans l'enfance sont rares, aussi leur interprétation est-elle sujette à discussion. Comme les extrémités inférieures sont principalement atteintes, l'auteur ne considère que ces paralysies incomplètes, leurs variétés et les pseudo-plégies (paraparésies).

Si l'on exclut toutes les paralysies qui reconnaissent pour cause une lésion organique (névrite, myélite, affection osseuse, etc.) les types à examiner peuvent se ranger en deux grandes classes :

A. Paralysies réflexes. — Cette classe, depuis quelque temps, a offert le plus large champ aux discussions. Elle comprend les blessures des nerfs périphériques, les irritations génitales (phimosis et prépuce adhérent), certains cas de spina bifida, enfin les irritations viscérales. Ces diverses causes de paralysies ont été admises et souvent reconnues chez l'adulte; il est tout naturel de penser que ces mêmes causes peuvent donner les mêmes résultats chez l'enfant.

B. Paralysies résultant d'un état général (toxicité?) — Les trois types principaux qu'elles peuvent revêtir ne se rencontrent que chez les enfants. Ce sont les paralysies chez les rachitiques, chez les paludiques (l'auteur donne 4 observations) chez les choréiques (rhumatisme ?)

Le diagnostic doit être fait avec la paralysie infantile, certaines formes de névrite, certaines intoxications (arsenic, alcool, etc.), certaines infections (diphtérie, scarlatine, variole, etc.), l'hystérie, le mal de Pott, enfin les pseudo-paralysies syphilitiques. F. VERCHÈRE.

Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot, à propos de trois cas terminés par la guérison, par MONCORVO (*Gaz. hebd. de méd. de Paris, nos* 4 *et* 5, 23 *et* 30 *janvier* 1892).

1° Garçon, 2 mois, poids 3k,700, premier né; père syphilitique. Accidents cutanés; alopécie, coryza; rhagades labiales; engorgement ganglionnaire multiple. Cachexie; amaigrissement squelettique; accès de fièvre, selles vertes.

Inertie complète des deux bras et de la jambe droite, dont les muscles répondent très bien aux excitations électriques. Traitement par les onctions d'onguent napolitain pendant trois mois; les membres reprirent leurs mouvements. A sa sortie l'enfant était plus gros, les accidents externes avaient disparu, et le poids s'élevait à 5k,170;

2° Garçon, 3 mois, père syphilitique. A partir du deuxième mois coryza, éruption papuleuse, alopécie. Cachexie; facies sénile. Conjonctivite; rhinite; rhagades labiales. Sarcocèle. Engorgements ganglionnaires. Poids 3k,600. Epiphyses des os longs noueux. Immobilité absolue du bras droit; crépitation au niveau de l'extrémité supérieure de la diaphyse de l'humérus correspondant, la réaction électrique des muscles de ce membre restait normale. Retour du mouvement au bout d'un mois de traitement par les onctions d'onguent napolitain;

3° Garçon d'un mois et demi, issu de parents syphilitiques; né avant terme, jumeau d'un autre : cachexie; poids 1k,500 grammes. Conjonctivite double; coryza; rhinosclérome; facies sénile.

Inertie complète du bras gauche; décollement manifeste de l'épiphyse supérieure du radius gauche avec infiltration gommeuse. Les muscles de ce membre avec leur réaction électrique intégrale. Guérison au bout d'un mois et demi. Quatre mois après le traitement le poids s'était élevé à 4_k,200. A. C.

Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Polyadénite primitive, par PASCAL (*Thèse de Paris*, 1892).

Ce travail repose sur plusieurs observations personnelles; à l'autopsie de jeunes enfants morts avec des symptômes d'athrepsie classique, on trouvait les organes sains, les ganglions du mésentère, de l'aisselle ou de l'aine, ou du cou, contenant des bacilles, et donnant, à l'inoculation de cobayes, des résultats positifs de tuberculose génératrice. — L'auteur conclut à l'existence d'une tuberculose caractérisée : 1° par une cachexie progressive ; 2° par l'intégrité des viscères constatée anatomiquement ; 3° par l'absence de troubles digestifs ; 4° par la présence d'une polyadénite plus ou moins générale au cou, aines, aisselles. Dans ces glanglions on décèle la présence des bacilles de Koch. Cette variété de tuberculose se termine par la cachexie progressive ou une méningite tuberculeuse ultime. H. L.

La tuberculose chez les jeunes enfants, par ENGELNÄH (*Vratch*, *n*° 18, 1892).

Statistique portant sur l'examen bactériologique de 120 enfants morts à Saint-Pétersbourg en 1891, âgés de 5 jours à 8 mois, 14 furent trouvés tuberculeux, et à cet âge ce sont surtout les ganglions lymphatiques qui recèlent le bacille, aussi souvent que les poumons. C'est donc une moyenne de 2,62 0/0, sur la mortalité infantile totale. H. R.

Étude sur la pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant, par VÉLIMIROVITCH (*Thèse de Paris*, 1892).

Travail basé sur trois observations personnelles, chez des enfants de 11 ans, 10 ans, et 17 mois. Dans ces trois cas la pleurésie siégeait à gauche: et dans deux la tuberculose était évidente. Dans la période d'épanchement, on note la dilatation des veines des régions sternale et chondro-costales; la voussure de ces régions, avec élargissement des espaces intercostaux, le tympanisme sous-claviculaire, et au-dessous, une matité qui déborde le sternum à droite (dans les épanchements du côté gauche), et se prolonge vers l'aisselle; la matité se confond avec celle du cœur et du foie. Les battements du cœur sont reportés à droite. Au point mat on trouve de la diminution du bruit vésiculaire, du souffle, celui-ci localisé au tiers moyen du poumon en avant. L'égophonie fait défaut. La compression du cœur et des gros vaisseaux s'accompagne de troubles circulatoires accentués, cyanose des extrémités, algidité, petitesse du pouls, bouffissure de la face, œdème du haut du corps. Le diagnostic est difficile à faire avec les épanchements péricardiques, et doit être établi d'après l'absence des bruits de frottements péricardiques, la forme spéciale de la matité de ces épanchements, et l'affaiblissement des bruits du cœur. H. L.

Hémoptysies chez les enfants, par MEUSNIER (*Thèse de Paris*, 1892).

Travail établi à l'aide d'une trentaine d'observations, ce qui confirme la rareté des hémoptysies chez les enfants. Chez les nouveau-nés elles peuvent s'expliquer par la persistance de l'état embryonnaire des vaisseaux pulmonaires, des coagulations veineuses intra-pulmonaires, ou la digestion du poumon par pénétration dans les bronches de chyme acide régurgité. De 1 an à 12 ans, c'est la tuberculose et la gangrène pulmonaires qui sont les causes habituelles des hémoptysies et surtout la première. Le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique est considérable dans la genèse de cette hémorragie. Souvent elle est foudroyante et terminale. Le plus souvent la prévision de cet accident redoutable est rendue impossible par l'absence de signes précurseurs et son début brusque inopiné. H. L.

L'influenza chez les enfants, par d'ASTROS (*Marseille médical*, *n°* 11, *p.* 335, 1892).

L'influenza évolue plus rapidement chez les enfants que chez les adultes et elle donne plus rarement lieu à des complications, la broncho-pneumonie exceptée. La maladie est d'autant plus rare et d'autant moins grave chez les enfants que ceux-ci plus sont jeunes. Les attaques d'influenza typique sont exceptionnelles chez les nouveau-nés et les enfants au-dessous de six mois. Si la grippe les atteint, c'est sous une forme atténuée qui se laisse difficilement reconnaître, ou sous forme de bronchites ou de broncho-pneumonies, que leurs caractères ne permettent pas de différencier suffisamment des bronchites ou des broncho-pneumonies vulgaires. LEFLAIVE.

Ueber einen Fall von Hemiplegia cerebralis nach Diphterie, par AUERBACH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 165, 1892).

L'auteur admet dans ce cas une hémorragie des 2/3 antérieurs du segment postérieur de la capsule interne trouvée 20 jours après le début de la diphtérie chez une enfant qui avait d'ailleurs de la paralysie diphtérique vulgaire (voile du palais) et une néphrite.

Fille de 7 ans, atteinte de néphrite le 5 février. Le 3e jour, les fausses membranes ont disparu, mais la voix devient nasonnée ; pas d'anesthésie du fond de la gorge. Le 12e jour, affaiblissement, inappétence, vomissements, albuminurie. Le 14e jour, œdème du visage.

Le 20e jour, convulsions généralisées durant 10 minutes ; on admet des convulsions urémiques. La perte de connaissance dure jusqu'au matin suivant. P. 120, apyrexie, pas de dyspnée, pas de vomissements. Anurie.

Le lendemain, hémiplégie gauche complète (sauf le facial supérieur), pas d'hémianesthésie. On note de l'aphasie. L'urine augmente.

Le 23e jour, anasarque, qui disparaît le 28e jour, tandis que l'albuminurie cesse. On commence l'électrisation.

A partir de la quatrième semaine, amélioration ; à la fin de la 8e, la malade commence à marcher. A la fin de la 16e semaine, elle quitte l'hôpital. A ce moment, elle traîne encore la jambe gauche, et le bras n'a pas autant de force que celui du côté sain. Au bout de trois semaines, on constate un peu d'atrophie musculaire du bras. L. GALLIARD.

Du rythme de déclanchement chez les enfants, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 14 *août* 1892).

Ce rythme particulier est constitué par ce fait que les deux bruits du cœur sont excessivement rapprochés, à tel point qu'ils semblent empiéter l'un sur l'autre. Il en résulte que le petit silence est d'une brièveté extrême, qu'on a peine à le saisir, alors que le grand persiste avec une durée plus ou moins grande. Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est la sensation toute spéciale perçue par l'oreille d'une brusque détente, comme celle d'un ressort.

A ce signe s'ajoutent une accélération extrême du pouls et de la respiration, la faiblesse du choc de la pointe. Ce signe comporte comme pronostic une extrême gravité.

L'auteur l'a observé dans sept cas de tuberculose, pneumonie, méningite suivis de mort.

Il pense que cette modification du rythme cardiaque est due à une influence directe des toxines, résultat de la nature infectieuse de la maladie, charriées par le sang, sur le système nerveux intra-cardiaque.

A. CARTAZ.

raeparat von operativ behandelter Pericarditis, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 5, *p.* 104, 1er *février* 1892).

Fillette de 7 ans admise le 30 novembre, sans connaissance et avec les symptômes d'une péricardite consécutive à une ostéomyélite des tibias. Le 4 décembre, Koerte trépana ces deux os et trouva leur cavité médullaire farcie, de haut en bas, de foyers purulents qui donnèrent des cultures pures de staphylocoques dorés. La fièvre tomba un peu, l'enfant reprit partiellement connaissance, mais l'épanchement péricardique ne fit qu'augmenter. Le 8 décembre, il s'étendait en haut jusqu'à la première côte, à droite à un travers de doigt au delà de la ligne sternale droite, à gauche jusqu'à la ligne axillaire antérieure, en bas jusqu'à l'arc costal. Le pouls battait constamment 160. Les bruits de frottements n'étaient plus perceptibles et l'on ne sentait nulle part la pointe du cœur. Une ponction faite avec la seringue de Pravaz, dans le cinquième espace intercostal, au niveau du bord gauche du sternum, fournit un pus ténu renfermant des staphylocoques, des streptocoques et un assez grand nombre de bacilles. Kœrte rattache la présence de ceux-ci à la coexistence d'une stomatite gangréneuse et d'une nécrose maxillaire d'origine mercurielle (4gr, 1/2 d'onguent gris employé en frictions avant l'entrée à l'hôpital.

Pour ouvrir le sac péricardique, Kœrte pratiqua une incision sur la cinquième côte, à partir du bord du sternum, en se dirigeant en dehors; il réséqua 3 centimètres du cartilage costal et 2 centimètres de la côte même et appliqua une double ligature sur une branche terminale de l'artère mammaire interne. Evacuation d'environ un demi litre d'un liquide purulent, d'odeur fade. Feuillets du péricarde revêtus d'enduits purulents. Lavages de la cavité péricardique avec une solution de lysol à 1/2 0/0. Mort de l'enfant, le douzième jour.

A l'autopsie, on trouva dans l'épaisseur du ventricule gauche des trajets purulents offrant des communications multiples avec le sac péricardique. La cavité pleurale droite renfermait à sa base des dépôts fibrineux, tandis que la partie inférieure de la gauche était oblitérée par des adhérences anciennes. Le sommet du poumon gauche offrait un foyer caséeux. Les reins présen-

taient des abcès miliaires. Les tibias ne contenaient pas de pus et les articulations attenantes étaient intactes. J. B.

Thymusdrüsenhyperplasie und die dadurch bedingte Lebensgefahr (L'hypertrophie du thymus et ses dangers pour la vie), par **POTT** (*Jahrbuch für Kinkeilkunde, XXIV, p.* 118-132).

Pott a recueilli une série d'observations tendant à démontrer le rôle pathologique de l'hypertrophie du thymus. En dehors des faits nombreux où cette hypertrophie a été simplement signalée, il rapporte des observations avec mensurations et pesées précises.

Bien qu'on n'ait pas encore constaté directement la compression trachéale, le rapport entre le volume du thymus dans ces cas et l'espace entre la poignée du sternum et les vertèbres ne permet guère de douter de ces compressions. A côté des morts subites par spasme de la glotte purement nerveux on doit donc admettre des asphyxies parfois progressives par hypertrophie chronique parfois subites et dues à un gonflement brusque du thymus. A.-F. PLICQUE.

Hepatic cirrhosis occurring in two children of the same family, par F. JOLLYE (*Brit. med. j., p.* 858, 23 *avril* 1892).

Relation intéressante de deux cas de cirrhose survenus dans la même famille, chez le frère, âgé de 11 ans, et la sœur, âgée de 10 ans. Jamais il n'y avait eu d'habitudes alcooliques, mais les deux enfants prenaient beaucoup de vinaigre dans leurs aliments. Tous deux avaient eu la rougeole : il n'y avait point eu de rachitisme ni de scrofule, ni de syphilis. L'affection, dans les deux cas, marcha vite et s'accompagna d'ascite, d'hématémèse, de purpura et d'ictère. L'autopsie de la fille montra une cirrhose multilobulaire du foie, avec hyperplasie des canalicules biliaires et sclérose des cellules du lobule hépatique, surtout à sa périphérie.

A ce propos, l'auteur analyse 118 cas de cirrhose infantile et discute les conditions pathogéniques de cette affection. Voici ses conclusions:

1° L'alcool, la syphilis et la malaria entrent pour 5 0/00 dans l'étiologie de la cirrhose des enfants ;

2° L'hépatite interstitielle aiguë se rencontre fréquemment à la suite des fièvres infectieuses, surtout après la rougeole et la scarlatine, mais l'évolution des lésions vers la cirrhose définitive et le rôle que peut y jouer l'alcool est encore mal connu ;

3° Il y a fréquemment une association entre les lésions du système nerveux et celles du foie (Buzzard, Gowers, Ormerod), sans qu'on puisse préciser cette relation pathogénique;

4° Le diagnostic est souvent difficile: les formes aiguës ressemblent à la tuberculose diffuse et à la fièvre typhoïde. Un bon signe est la fréquence des hémorragies cutanées ou muqueuses. H. R.

De la cirrhose alcoolique chez les enfants, par SAUNAL (*Thèse de Paris*, 1892).

Ce travail a, comme point de départ, une observation recueillie sur une fillette de 12 ans, chez qui une absorption énorme d'alcool de pommes de terre pendant 2 mois détermina l'apparition d'une cirrhose qui évolua en 2 ans 1/2. L'auteur a pu réunir plusieurs autres observations recueillies surtout en Angleterre. Pendant la période prodromique on

note l'ictère hémaphéique dans la moitié des cas, plus rarement des pituites et des hématémèses. A la période d'état, il existe trois symptômes qui ne font jamais défaut, le volume exagéré de l'abdomen avec ou sans ascite, l'hypertrophie considérable de la rate, et des anomalies de volume du foie. L'ascite et l'ictère hémaphéique sont intermittents. Souvent il y a des troubles digestifs, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'anorexie. Dans tous les cas, il y a eu des crises péritonéales (douleurs vives de l'abdomen, météorisme, dyspnée, fièvre, et souvent production d'ascite). A l'autopsie on trouve en général le foie atrophié, et présentant l'aspect macroscopique et les lésions histologiques classiques du foie cirrhotique des adultes. Dans le cas personnel, Saunal trouva des varices œsophagiennes, avec perforation, ce qui expliquait les hématémèses répétées. H. L.

I. — Oblitération congénitale des conduits biliaires, par John THOMSON (*Edinburgh med. j., p.* 523-604, *décembre* 1891).

II. — Un cas d'oblitération partielle de la vésicule biliaire chez un nouveau-né, associée à nombre d'autres malformations congénitales, par LE MÊME (*Ibid., juin* 1892).

I. — Les cas sont assez rares; l'auteur peut cependant tracer le tableau suivant d'après les cas qu'il a recueillis. Les parents des enfants sont d'ordinaire bien portants, et dans beaucoup de cas, ils ont eu déjà un ou plusieurs enfants atteints de la même affection. Le nouveau-né a de l'ictère dès la naissance ou parfois seulement après une ou deux semaines. Dans quelques cas, l'issue du méconium est suivie de selles colorées; dans d'autres, dès la première selle, il y a décoloration. Les urines sont foncées. L'ictère est foncé et persiste jusqu'à la mort, et les selles restent colorées. Quelques enfants meurent par hémorragie du cordon dans les premières heures. Ceux qui survivent ont souvent des hémorragies spontanées. Le foie et la rate sont très augmentés. Au bout de quelques mois, les enfants s'émacient plus ou moins, et la mort survient par épuisement ou par une affection intermittente.

A l'autopsie, le foie est augmenté, induré par cirrhose biliaire et d'une couleur foncée, imprégné de bile. L'oblitération est complète soit au niveau du canal hépatique, du cholédoque ou du cystique.

L'auteur rapporte 49 cas.

Quelle est la cause de cette affection? Dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous, on peut trouver une déformation congénitale des conduits biliaires due à un arrêt de développement. Elle détermine un épaississement des parois des conduits et, par suite, une diminution de leur calibre. Les troubles fonctionnels et pathologiques qui en résultent sont ceux de la cirrhose biliaire, dont la durée variera suivant ce qu'il surviendra du côté des conduits. Ceux-ci peuvent reprendre leur calibre et la guérison se faire, et, dans ce cas, on trouve sur le conduit malade une bande de tissu fibreux indiquant le point où existait l'atrésie.

II. — Mère bien portante. Aucune trace de syphilis. Quinzième enfant. Cinq sont morts d'affections diverses.

Accouchement normal. Dès la naissance, l'enfant était cyanosé et ses extrémités œdématiées. A l'auscultation, souffle cardiaque systolique rude. Méconium normal. Pas d'ictère. Mort le lendemain.

Autopsie. L'oreille externe droite, à l'exception du lobule, est tout entière adhérente au crâne. Bec-de-lièvre du côté droit s'étendant jusque dans la narine et s'y ouvrant, fente palatine complète, malformation curieuse des deux mains, nombre normal des os et des doigts, mais l'index forme un angle très ouvert avec le médius et se dirige parallèlement au pouce. L'index et le médius ne peuvent s'étendre complètement.

La vésicule biliaire est très petite; elle est englobée dans une masse de tissu cicatriciel. Les parois sont épaissies, et sa cavité peut à peine admettre une épingle. On y trouve quelques gouttes de bile jaune. Son extrémité postérieure et son tiers supérieur, de même que le tiers du canal cystique, sont entièrement oblitérés. Les deux tiers du cystique et l'hépatique sont très petits, mais perméables. F. VERCHÈRE.

La glycosurie à l'état normal et dans quelques états pathologiques, étudiée particulièrement chez l'enfant, par Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande, XII*, 69, *février* 1892).

Binet a recherché le sucre dans les urines : 1° de 51 enfants bien portants, des deux sexes, âgés de 3 à 12 ans, après le repas de midi; 2° de 6 adultes sains, à diverses heures de la journée; 3° de 161 enfants atteints de diverses maladies (70 dipthériques, 28 scarlatineux, 16 pneumoniques, 8 pleurétiques, 4 phtisiques, 16 néphritiques, 4 typhoïdiques, 3 brûlés, etc.).

Il conclut : 1° pour la recherche du sucre, la réaction de la phénylhydrazine est beaucoup plus sensible quand on opère sur des urines traitées par l'acétate de plomb, puis acidifiées par l'acide acétique ;

2° La réaction du phénol développe dans l'urine deux couleurs primordiales, le bleu et le rouge pourpre, qui se mêlent le plus souvent pour produire divers tons de lilas ou de violet. Le rose et le pourpre sont les teintes que donnent les solutions pures de glucose ;

3° Dans l'urine normale des adultes et des enfants, il existe presque toujours une faible quantité de glucose. Dans la moitié des cas, elle atteignit ou dépassa 0gr20 pour mille ;

4° Des diverses maladies étudiées chez l'enfant, c'est dans la diphtérie, et particulièrement dans les formes graves, que l'augmentation de sucre a été le plus souvent constatée ;

5° Le pouvoir réducteur de l'urine augmente souvent à l'état pathologique sans augmentation corrélative du sucre ;

6° Avec la réaction du naphtol, on observe les teintes les plus diverses et dont les relations sont difficiles à établir. J. B.

A case of rapidly fatal case of diabetes mellitus in a boy, par Wilfrid Watkins PITCHFORD (*Brit. med. j., p.* 1136, 28 *mai* 1892).

Un enfant de 10 ans, 15 jours après la mort de sa mère, est pris de soif vive, sécheresse de la bouche, amaigrissement. On lui trouve du sucre dans les urines, d'ailleurs la langue belle et le foie normal. On le soumet au régime diabétique avec une petite quantité d'opium. Les jours suivants, la langue devient sale, le pouls s'affaiblit, la respiration s'accélère : 3 jours plus tard la mort arrive par asphyxie pulmonaire et catarrhe bronchique : dans les 2 derniers jours il y avait de l'albumine dans l'urine. Il s'agit évidemment d'une lésion bulbaire avec paralysie rapide du pneumogastrique. Depuis le début de l'affection jusqu'à la mort, il ne s'est écoulé que 20 jours, et 6 jours avant la fin, l'enfant jouait avec ses camarades. H. R.

Glycosurie in Säuglingsalter (La glycosurie chez les nourrissons), par J. GROSZ (*Jarbuch für Kinderheilkunde, XXIV*, p. 83-107).

La glycosurie ne se manifeste pas chez le nourrisson en bonne santé. Mais en cas de gastro-entérite on trouve parfois une substance réductrice, non fermentescible, lévogyre ou dextrogyre. Cette substance, constituée par de la lactose ou un produit de fermentation de la lactose, disparaît de l'urine quand on supprime le lait de l'alimentation pour le remplacer exclusivement par du thé.

La glycosurie des nourrissons est donc d'origine purement alimentaire et due à un défaut d'assimilation de la lactose du lait ingéré. A.-F. PLICQUE.

On some symptoms associated with uric acid diathesis in children, par G. A. SUTHERLAND (*Brit. med. j.*, p. 856, 23 *avril* 1892).

Indépendamment des caractères extérieurs de l'arthritisme et du nervosisme fréquents chez les enfants qui sont prédisposés à la diathèse urique, Sutherland attire l'attention sur un certain nombre de symptômes qui peuvent faire prévoir cette diathèse et des accidents qui l'accompagnent. Parmi les premiers se trouve la douleur rénale qui, d'après Goodhart, se présente fréquemment avec les allures d'une colique néphrétique larvée, presque toujours prise pour un malaise intestinal; ou encore de douleurs vésico-urétrales assez vives. A cette cause également se rattachent certains cas d'incontinence d'urine et de prolapsus du rectum.

Les accidents qui paraissent plus fréquents chez les enfants atteints de diathèse urique sont l'inflammation de l'appendice vermiforme, l'hémoglobinurie paroxystique et l'albuminurie fonctionnelle. Mais ce peuvent être de simples coïncidences. H. R.

Rapid death... (Mort rapide par scarlatine, accompagnée de symptômes gastro-intestinaux insolites), par E. NASON (*Brit. med. j.*, p. 908, 30 *avril* 1892).

1° Un enfant de 7 ans est pris, dans la nuit du 30 mai 1891, de douleurs abdominales, vomissements et diarrhée, crampes musculaires. Ces symptômes durent toute la matinée : dans l'après-midi, convulsions générales, vomissements et diarrhée incoercible, température élevée (105 F), pouls misérable; mort à 3 heures.

Autopsie judiciaire, on croit à un empoisonnement. Congestion des viscères et psorentérie, comme au début d'une fièvre typhoïde, mais aucune lésion indiquant l'action d'un poison irritant. Le lendemain, le frère de l'enfant est pris d'une scarlatine qui évolue régulièrement et indique rétrospectivement la nature de la maladie du premier.

2° Enfant de 5 ans, appartenant à une famille où régnaient deux scarlatines. A 6 heures du soir, le 19 juin, il est pris de douleurs abdominales atroces, avec vomissements et diarrhée fétide. Ces phénomènes se calment pendant la nuit, mais reparaissent le lendemain, avec des crampes, des convulsions générales et des intervalles de coma. L'enfant meurt à 10 heures du soir avec de l'hyperthermie. H. R.

On hypertrophy of the spleen in infants, par T. Colcott FOX et J.-B. BALL (*Brit. med. j.*, p. 854, 23 *avril* 1892).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes. Sur 63 cas d'hyper-

trophie de la rate constatés chez de jeunes enfants, le rachitisme est toujours en cause. 41 fois, sur 63 cas, il y avait incontestablement de la syphilis héréditaire. D'autre part, sur un nombre de 155 syphilitiques, la rate a été trouvée grosse dans la proportion de 10 0/0. Il y a donc là deux facteurs qui agissent dans le même sens pour provoquer la splénomégalie : le rachitisme et la syphilis. Peut-être même n'y a-t-il qu'un facteur, si l'on admet, avec Parrot, l'identité de nature du rachitisme et de la syphilis. Sans aller aussi loin, les auteurs acceptent que la syphilis peut créer des altérations osseuses très analogues à celles du rachitisme, et ils tirent la conclusion que chez un jeune enfant atteint de grosse rate, avec ou sans déformation rachitique osseuse, il faut chercher la syphilis et la soupçonner. H. R.

Remarks on some obscurs cases... (Remarques sur quelques cas obscurs d'hyperplasie des follicules clos et des plaques de Peyer), par Walter G. SMITH et Alfred PARSONS (*Brit. med. j., p.* 760, 9 *avril* 1892).

Les auteurs publient cinq observations d'une maladie aiguë mal définie, qui se peuvent résumer ainsi :

Dans les cinq cas, il s'agit de jeunes enfants au-dessous de 5 ans d'une santé parfaite. Début brusque, fébrile, accompagné de vomissements et de douleur abdominale, plus tard de convulsions d'abord unilatérales, puis généralisées : apparence analogue à celle de la méningite tuberculeuse. Durée très courte; la mort arrive en quelques heures et dépasse rarement 2 jours.

A l'autopsie, on ne trouve point de lésions cérébrales ni méningées : les désordres sont localisés exclusivement à l'intestin et à la rate. Il existe une psorentérie manifeste, avec accroissement en nombre et en étendue des follicules clos et des ganglions mésentériques : la rate est relativement peu volumineuse.

Un fait du même genre a été publié par A. Wynne Foot. Il s'agit certainement d'une maladie infectieuse comme le choléra ou la fièvre typhoïde. H. R.

Sulla struttura dei rigonfiamenti costali nel rachitismo, par G. ANGIOLELLA (*Il Morgagni, p.* 47, *janvier* 1892).

Les tuméfactions costales du rachitisme sont formées de trois tissus : conjonctif, cartilagineux, osseux ou mieux ostéoïde ; le cartilage et l'os semblent à l'œil nu très bien limités ; mais au microscope les trois tissus sont confondus, intriqués l'un dans l'autre. Le tissu conjonctif provient du périchondre, qui est non seulement épaissi par suite de son hypertrophie et de son hyperémie, mais encore envoie dans l'intérieur du cartilage et de l'os un grand nombre de prolongements. Le tissu cartilagineux provient du cartilage costal qui joue ici le rôle du cartilage épiphysaire dans les tuméfactions des os longs ; il présente dans les tuméfactions costales, en certains points, les caractères du cartilage hyalin, en d'autres, celui du cartilage fibreux et en beaucoup de points on voit la connexion de la substance intercellulaire fibreux avec les faisceaux conjonctifs qui partent du périchondre. La substance intercellulaire de ce cartilage est homogène; mais, contrairement à la substance hyaline ordinaire, elle fixe fortement les matières colorantes ; de plus, elle est disposée en grosses trabécules qui circonscrivent des groupes de cellules

et se divisent en minces trabécules autour des cellules isolées. A une période plus avancée des lésions, le tissu osseux prédomine sur le tissu cartilagineux, par suite de l'ossification du cartilage, ossification qui se fait irrégulièrement, par taches, sans qu'on puisse distinguer les zones si nettes dans l'ossification des os longs des membres. La tuméfaction, dans son ensemble, est due à la prolifération abondante des cellules cartilagineuses, à celle du périchondre et à l'hyperémie de ces tissus.

GEORGES THIBIERGE.

Laminectomy for spinal caries, par SOUTHAM (*Brit. med. journ.*, *p.* 655, 26 *mars* 1892).

Fillette de 3 ans 1/2 souffrant d'un mal de Pott cervical depuis plus d'un an, et présentant une paralysie complète des membres supérieurs et des membres inférieurs, les bras en extension, les jambes en flexion. Anesthésie presque complète, réflexes patellaires augmentés, respiration difficile.

Laminectomie le 25 octobre : les apophyses épineuses et les lames de la sixième et de la septième vertèbres cervicales sont réséquées, le canal rachidien est rempli de fongosités que l'on enlève avec la curette de Volkmann. Retard léger du mouvement dans les bras, mais paraplégie persistante.

Nouvelle opération en janvier. Les lames des quatrième et cinquième vertèbres cervicales et de la première dorsale sont réséquées.

Amélioration lente, limitée d'abord aux bras. Neuf mois après seulement l'enfant commence à remuer les jambes et à n'avoir plus d'incontinence d'urine. Depuis lors, amélioration persistante; aujourd'hui l'enfant marche sans aide. Le cou est un peu raccourci et la tête enfoncée dans les épaules : le canal osseux s'est réparé partiellement. H. R.

Multiple Exostosen am Schædel und Gesicht mit halbseitiger Gesichtsatrophie (Exostoses multiples du crâne et de la face avec hémiatrophie faciale), par KAREWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 11, *p.* 257, 14 *mars* 1892).

Fillette de 13 ans présentant les lésions suivantes : 1° sur le rebord orbitaire inférieur gauche, une éminence bosselée, de dureté osseuse, en forme de verrue, reposant immobile sur une large base ; la paupière inférieure s'étend comme un sac par-dessus. Le globe oculaire est un peu saillant. Cette exostose, qui a le volume d'une noisette, siège à l'union de l'apophyse zygomatique du maxillaire supérieur avec l'os zygomatique ; 2° sur la partie gauche de la protubérance mentonnière, une exostose un peu plus aiguë et n'ayant que le volume de la moitié d'une cerise ; 3° une hyperostose, diffuse, énorme, du frontal gauche, au-dessus de la tubérosité frontale ; elle est d'ailleurs masquée par l'abondante chevelure de l'enfant.

D'autre part, presque toute la moitié gauche de la face est moins développée : de ce côté, le front est aplati et étroit, la joue est affaissée, la lèvre supérieure est plus petite et plus basse ; seule la lèvre inférieure est plus épaisse et plus haute que la moitié droite, et la portion antérieure gauche de l'apophyse alvéolaire du maxillaire inférieur est plus volumineuse aussi. La moitié gauche de l'arcade palatine est plus petite, de même que la partie correspondante du nez.

En définitive, du côté gauche de la face, il y a un arrêt de développement de la plupart des os et des parties molles occasionné vraisemblablement par les exostoses, ainsi que Bessel-Hagen (*R. S. M.*, XXXVII, 232) l'a démontré pour les os longs. Chez cette fillette, les exostoses siègent en effet sur les points des os de la face qui jouent, au point de vue de l'accroissement, le rôle des épiphyses des os longs.

D'ailleurs, un an après que Karewski eut enlevé ces exostoses, la malade revint, ayant le conduit auditif externe gauche complètement obturé par des tumeurs de même nature. Immédiatement en arrière de l'orifice extérieur du conduit, celui-ci était rempli par une tumeur rosée, d'un éclat humide, entourée de croûtes jaunâtres, minces et récentes. Cette tumeur était lisse, sauf sur les bords où elle offrait de petites nodosités ; sa dureté était celle de l'os et entre elle et la paroi du conduit, il était impossible de glisser le stylet le plus fin.

L'ouïe était très diminuée depuis une quinzaine et l'enfant se plaignait de douleurs de tête et de bourdonnements d'oreille. Karewski, ayant détaché le pavillon auriculaire, vit qu'il avait affaire à un véritable conglomérat d'exostoses à large base, plus ou moins volumineuses, provenant du bord postérieur du conduit, c'est-à-dire de la jonction de la portion tympanique avec la portion mastoïdienne. On distinguait quatre tumeurs dont deux plus grosses, indépendantes les unes des autres, mais en train de se confondre. Toutes étaient implantées sur la même base formée par le point où viennent aboutir les diverses sutures du temporal.

Toutes ces exostoses étaient formées de tissu spongieux avec un mince revêtement périostique.

Il est à noter qu'il ne s'agit pas ici d'une affection héréditaire, aucun membre de la famille ne présentant de lésions semblables. J. B.

Luxation de l'épaule gauche chez un enfant de 15 jours, par VILLAR (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er *mai* 1892).

L'intérêt de cette observation concernant une luxation sous-coracoïdienne, produite par traction violente sur le bras, réside dans ces trois points : L'âge du petit malade, ne comptant que 15 jours de vie : la persistance de la saillie deltoïdienne, due à l'existence d'un coussinet adipeux et la facilité de réduction. OZENNE.

Epithélioma de la lèvre supérieure chez un garçon de 15 ans, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 9 *octobre* 1892).

Ce fait, intéressant par sa rareté, a trait à un garçon de 15 ans, chez lequel on ne relève aucune trace de tuberculose, scrofule ou syphilis. La lésion date de huit mois, à la suite d'un coup de griffe de chat. Ulcération médiane de la lèvre, creusée au centre, avec bourrelet périphérique, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Pas d'adénite appréciable. Insuccès de l'iodure. Ablation. L'examen montre les caractères de l'épithélioma avec globes cornés. A. C.

Ein Fall von Myositis ossificans progressiva, par L. RABEK (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVIII*, 3).

Il s'agit d'une petite fille de trois ans et demi présentant une série de tumeurs osseuses dans les muscles du dos (trapèze, grand dorsal), dans le grand pectoral, etc. Le grand dorsal et le biceps droit sont complètement ossifiés.

C'est à l'âge de six mois que l'on s'aperçut de l'apparition des tumeurs, qui amenèrent la mort à l'âge de trois ans et demi. ÉD. RETTERER.

Gastrostomy in a child : restoration, par CLUTTON (*Brit. med. j.*, *p.* 1194, 4 *juin* 1892).

Une petite fille de 4 ans avale de la soude caustique sept semaines avant son admission à l'hôpital. Pendant un mois, on la nourrit de lavements ali-

mentaires, sans pouvoir toucher à l'œsophage enflammé; puis on constat qu'il est tellement rétréci, qu'il n'admet pas la plus petite bougie (septembre 1889). L'œsophagotomie est tentée, mais on tombe sur un œsophage fibreux dans sa portion intra-thoracique, et on pratique la gastrostomie en deux temps. L'enfant est nourrie par sa fistule gastrique. Trois mois après (janvier 1890), on passe dans l'œsophage une très fine bougie, et progressivement on arrive, au bout d'un an, à introduire une bougie de plus en plus volumineuse (le n° 14). A partir de ce moment, l'enfant commence à se nourrir par la bouche et l'on tarit graduellement la fistule gastrique. La guérison est maintenant complète (mai 1892).

Un cas analogue a été rapporté par Morgan en 1886 (*Clinical Society's Transactions*). H. R.

Operative traitment of fœcal fistula, par R. ANDERSON (*Brit. med. j., p.* 1141, 28 *mars* 1892).

Garçon de 8 ans. Depuis six mois, douleurs abdominales, gonflement du ventre et amaigrissement, malgré des gardes-robes régulières et non diarrhéiques. On constate une tuméfaction dure, rénitente dans le flanc droit et la fosse iliaque correspondante, avec douleur à la pression. Le 1er novembre, saillie ombilicale : huit jours après, ouverture spontanée d'un abcès qui donne issue à du pus fétide. Au bout de trois mois, plusieurs fistules donnent simultanément, et entre elles la peau s'est gangrenée, en même temps que s'échappent des matières fécales. La fistule stercorale persiste sans modifications pendant 17 mois.

Le 8 avril, incision à un pouce et demi au-dessus et au-dessous de la fistule, section du péritoine, dissection attentive des anses intestinales adhérentes entre elles et soudées à la paroi : finalement l'orifice fistuleux vient du cœcum qui est ulcéré, l'appendice restant sain. Résection de toute la peau et des adhérences, suture du cœcum et de la plaie, guérison rapide. Depuis la fermeture de la fistule, l'enfant a considérablement gagné en poids.

L'affection qui a primitivement donné lieu à la fistule est considérée par l'auteur comme le résultat d'une adénite suppurée des ganglions mésentériques. Ce n'était ni de la typhlite, ni de l'appendicite. H. R.

Suture vésicale chez l'enfant, par LEGUEU (6e *Cong. fr. chir. et Bullet. méd.*, 15 *mai* 1892).

Bien que la taille périnéale chez les enfants soit, dans la grande majorité des cas, une opération exempte d'accidents, il n'est pas douteux que la taille hypogastrique lui soit préférable, à condition de suturer la vessie. D'après les faits recueillis par Legueu, cette suture donne 80 0/0 de succès, chiffre supérieur à ce que l'on constate chez l'adulte : la cause de cette différence tient à l'absence d'hémorragies postopératoires chez les enfants. Lorsqu'on opère ces derniers par la voie hypogastrique et la suture vésicale, il est inutile de drainer et prudent de mettre une sonde à demeure. OZENNE.

Tumeurs de la vessie chez l'enfant, par PHOCAS (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

D'après une statistique portant sur 30 cas de tumeurs vésicales chez l'enfant, Phocas fait remarquer que les tumeurs bénignes sont moins fréquentes que les tumeurs malignes et que l'hématurie a été peu

observée ; les troubles urinaires sont, au contraire, la règle. D'un diagnostic beaucoup plus facile chez la petite fille que chez le garçon, ces tumeurs, pour lesquelles le cathétérisme est de peu d'utilité, ont été opérées 12 fois chez la petite fille et 7 fois chez le petit garçon ; dans la première série il y a eu 10 morts et 2 guérisons, et dans la seconde 5 morts et 2 guérisons. Dans les cas de guérison, il s'agissait de tumeurs bénignes.

OZENNE.

Calcul vésical chez une fillette, par F. HUE (*Normandie méd.*, 1er *avril* 1892).

Fillette de 13 ans chez laquelle on a extrait par la taille hypogastrique un calcul, du volume d'un petit œuf et du poids de 57 grammes. Ce calcul est formé d'un centre et de deux zones périphériques. Le centre présente les caractères du tissu osseux, et les deux zones sont composées : la première, d'urate de soude et de carbonate de chaux ; et la seconde, zone corticale, d'un mélange de carbonate et de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. La présence du tissu osseux formant le centre du calcul est expliquée par ce fait qu'à l'âge de 5 ans, cette fillette avait eu un mal de Pott suppuré et un abcès par congestion dans la fosse iliaque. A cette époque, un séquestre vertébral a dû cheminer avec le pus jusque dans cette fosse et, ultérieurement, perforer la vessie, dont l'enfant a constamment souffert depuis sept ans.

OZENNE.

De l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement, par BEZANÇON (*Thèse de Paris*, n° 231, *juin* 1892).

Le testicule ectopié est parfois atrophié de bonne heure, mais le plus souvent il ne l'est pas dans le jeune âge et son état anatomique est alors très voisin de celui du testicule descendu dans les bourses. Le facies des cryptorchides abdominaux au moment de la puberté se distingue en général de celui des cryptorchides inguinaux ; tandis que les premiers ont souvent le facies de l'eunuque, ceux-ci, quoique souvent privés de spermatozoïdes, ont en général l'apparence et les désirs de la virilité : il semble donc que le testicule ait, en dehors de la fonction spermatogénique, une autre action, en général parallèle, mais parfois distincte, sur le développement viril : on ne doit donc point se permettre de le retrancher dans le jeune âge, sous prétexte qu'il est inapte à la reproduction.

L'ectopie a souvent des inconvénients précoces dès l'enfance : douleurs, gêne dans la marche, qui sont très accrus par la coexistence de hernies : elle s'accompagne assez souvent de névroses. Des accidents de l'adolescence, dits pseudo-étranglements, sont, dans bien des cas, dus à la torsion du cordon et relèvent de l'intervention chirurgicale.

Il y a avantage à remettre en place un testicule ectopié pour supprimer les douleurs, assurer son propre développement et son influence sur le développement général. Le traitement comporte : α) quand il n'y a pas de hernie, les tractions sur le cordon, le bandage, si le testicule a franchi l'anneau externe, enfin la mobilisation et l'abaissement, surtout si les deux glandes restent en retard ; 6) quand il y a hernie, chez les enfants très jeunes, le bandage, si l'on peut séparer la glande de l'intestin ; plus tard la cure radicale et l'abaissement du testicule.

L'âge de choix pour pratiquer l'opération semble être entre 11 et 14 ans. La castration ne trouve son application que dans quelques cas.

Bezançon relate dix-sept observations inédites dans lesquelles le testi-

cule ectopié a été abaissé : onze fois on a pratiqué la cure radicale d'une hernie concomitante. D'une manière générale, on peut affirmer que l'opération donne des succès presque assurés pour la hernie et très fréquents pour le testicule. MAUBRAC.

Hernie inguinale étranglée chez l'enfant, par GUELLIOT (*Gaz. hebd. Paris*, 9 *avril* 1892).

Enfant de 22 mois, atteint d'étranglement herniaire du côté droit; les téguments incisés, on trouve le sac, qui contient une anse intestinale, et le testicule arrêté au-dessous de l'anneau; un catgut, passé entre le testicule et l'épididyme, abaisse le premier de ces organes et le fixe au fond du scrotum. Réunion par première intention. OZENNE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Note on some micro-organismes of normal skin, par G. W. DAMMAN (*Brit. med. j.*, *p.* 122, 16 *juillet* 1892).

Damman décrit les six espèces suivantes :

1° *Bacillus epidermidis capsulatus.* — Habite l'interligne des orteils : bacille volumineux, mobile, à extrémités arrondies, formant de longues chaînes. Se cultive sur la gélatine et forme des colonies d'un bleu plus ou moins pâle, odorantes, mais n'ayant pas l'odeur de la sueur des pieds.

2° *Bacillus gelatinosus.* — Même habitat. Apparence de petits bacilles filiformes, mobiles, disposés en étoiles ou en rayons parallèles; capsule distincte. Les cultures sur gélatine donnent des masses d'aspect glutineux, entourant les bacilles qui sont d'un brun jaunâtre.

3° *Bacillus fluorescens epidermidis.* — Habite l'extrémité des doigts : chaînettes droites ou courbes, mobiles, sans spores. Liquéfie la gélatine au bout de 2 jours : celle-ci se sépare en deux couches, la supérieure verte, l'inférieure incolore; elle devient fluorescente.

4° *Bacillus luteus liquefaciens.* — Habite la surface interne du prépuce. Chaînettes courtes, épaisses, arrondies. Colonies jaunâtres sur la gélatine, d'abord sèche, puis liquéfiant celle-ci en 7 ou 8 jours.

5° *Staphylococcus flavescens.* — Habite les orteils, la région cruro-scrotale, et le prépuce. C'est le micrococcus flavescens de Cornil et Babès.

6° *Micrococcus flavescens subsidens.* — Microcoque rond, arrangé en groupes et en petites chaînettes, forme sur la gélatine de petits excroissances jaune crème, qui se résorbent lentement au bout d'une dizaine de jours sans la liquéfier. H. R.

I. — Les lépreux de la Bretagne en 1892, par ZAMBACO PACHA (*Bull. acad. méd.* 23 *août* 1892).

II. — Sur une variété de cagots des Pyrénées, par MAGITOT (*Ibidem*, 25-31 *octobre* 1892).

III. — De l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustres de la lèpre, par PITRES (*Ibidem*, 29 *novembre* 1892, *et Bulletin médical*, 30 *novembre* 1892).

IV. — Sur les cagots et leur postérité, par ROUSSEL (*Ibidem*, 29 *novembre* 1892, *Bulletin méd.*, 30 *novembre* 1892).

I. — D'une enquête, faite en Bretagne, sur la survivance de la lèpre dans cette province, et de l'exposé critique des nombreux cas qu'il y a rencontrés, et de ceux qu'il a observés dans différents pays, Zambaco Pacha arrive aux conclusions suivantes :

La lèpre existe actuellement, autochtone en Bretagne, revêtant ses diverses formes, savoir : la mutilante, l'anesthésique de Danielssen ou nerveuse, l'ulcéreuse et même la tuberculeuse. Pour tous les médecins de la contrée, la lèpre conservée depuis l'antiquité par son hérédité ancestrale est un fait acquis.

Parfois la maladie présente ses caractères classiques; mais le plus souvent elle est légère, incomplète, atténuée, frustre, ce qui en rend le diagnostic difficile. Les boutons ou tubercules et les plaques pigmentaires, sur lesquels on s'est basé pour établir le diagnostic différentiel entre la syringomyélie ou le mal de Morvan et la lèpre, peuvent faire défaut. La lèpre autochtone existe partout en Europe; les cagots des Pyrénées et les kakous de Bretagne ne sont que des descendants des lépreux.

La paréso-analgésie ou mal de Morvan n'est pas une maladie nouvelle, mais un reliquat de la lèpre qui a sévi en Bretagne et un peu partout en Europe. C'est la lèpre mutilante qui, parfois, évolue en suivant son cycle, mais qui, dans la plupart des cas, légère et atténuée, s'arrête à ses premières étapes et donne le change.

La syringomyélie, telle quelle est constituée aujourd'hui, comprend des malades dissemblables, qui ont besoin d'être différenciés. Quelques-uns nous paraissent être atteints de la lèpre anesthésique de Danielssen.

Lancereaux ne croit pas que tous les cas désignés sous le nom de mal de Morvan soient des cas de lèpre. Certains désordres nerveux, certains traumatismes des nerfs, le rhumatisme chronique, produisent des désordres chroniques ayant la plus grande analogie avec la lèpre : il y a là un diagnostic différentiel à faire.

D'après *Vidal*, la démonstration des idées émises par Zambaco serait plus convaincante, si l'on avait constaté, chez les malades de Bretagne, les lésions des troncs nerveux, caractéristiques de la lèpre anesthésique, et si dans les hypertrophies du nerf on avait trouvé le bacille de la lèpre. On peut aussi se demander si c'est à la véritable lèpre que l'on a affaire.

Zambaco affirme que les cordons nerveux sont hypertrophiés dans la forme mutilante, chez les malades atteints de la maladie de Morvan, tandis que le fait n'est pas constant dans la forme anesthésique. Quant à l'existence du bacille, des recherches faites en Allemagne et en France,

sont restées négatives. Pour ce qui est de l'hérédité, il existe, à Constantinople, des lépreux indigènes et des lépreux étrangers.

II. — *Magitot* a rencontré dans les Pyrénées et dans le pays de Béarn un certain nombre d'individus (cagots) affectés d'une altération unguéale et pileuse et caractérisée par des déformations (en arc et en échancrure) des ongles et par des fissures épidermiques péri-unguéales. Il les considère comme des manifestations lépreuses, manifestations atténuées et effacées, qui prouvent néanmoins la survivance de la lèpre jusqu'à l'époque actuelle.

Zambaco admet, comme Magitot, que les cagots sont des descendants des lépreux et il en retrace rapidement l'histoire, particulièrement pour les cagots des Pyrénées. Quant aux lésions des ongles et aux ulcérations, il est porté à croire, bien que la confirmation bacillaire n'en ait pas été encore faite, que ce sont des reliquats de la lèpre.

Vidal fait remarquer que les altérations des ongles n'ont rien de caractéristique ; ce sont des lésions trophiques de forme variée, qui peuvent dépendre d'une autre maladie que la lèpre. Les altérations héditaires du système pileux que l'on relève chez les cagots sembleraient plutôt être des stigmates de la syphilis.

Lagneau et *Magitot* reprennent en détail l'histoire des cagots et des lépreux et en tirent des conclusions favorables à la parenté des deux maladies.

III. — *Pitres* communique l'observation d'un malade, considéré comme syringomyélique et étant en réalité un lépreux; il était atteint de troubles trophiques multiples et persistants aux quatre extrémités; l'examen histologique a démontré l'absence de bacilles de Hansen, dans le pus des doigts et dans le sang, mais la présence de ces bacilles dans un fragment de nerf de l'avant-bras. De quelques considérations anatomo-cliniques l'auteur tire les conclusions suivantes :

La lèpre peut donner lieu à des troubles trophiques et à des symptômes sensitifs très analogues à ceux qui caractérisent la syringomyélie. La recherche du bacille de Hansen est le meilleur moyen d'élucider le diagnostic.

Pour que l'examen bactériologique ait toute sa valeur démonstrative, il convient qu'il soit pratiqué, non sur le sang et le pus, mais sur des fragments de tubercules cutanés ou de nerfs excisés au-dessous de la peau, là où la sensibilité et la nutrition sont notablement altérées.

IV. — *Roussel* fait une communication sur les cagots et leur postérité ; d'après ce travail, les cagots d'aujourd'hui ne doivent pas être regardés comme les descendants des lépreux. Il considère les déformations unguéales signalées par Magitot comme des affections endémiques sans rapport avec la lèpre. OZENNE.

I. — La diffusion actuelle de la lèpre en Europe, par ARNING.

II. — La lèpre en Portugal, par Zeferino FALCAO.

III. — La lèpre dans la péninsule des Balkans, par KALINDERO.

IV. — La lèpre en Bosnie, par NEUMANN.

V. — Cultures d'un bacille qui paraît être celui de la lèpre, par CAMPANA.

VI. — De la culture du bacille de la lèpre, par DUCREY (2e *Cong. intern. de dermat. Annales de dermat., III*, 9, 10, 11, 1892).

I. — On peut évaluer le nombre des cas de lèpre à 3000 environ pour la moitié occidentale de l'Europe. A ces 3000 cas il faut ajouter ceux qui reviennent en Europe après avoir contracté la lèpre dans les pays infectés. Depuis dix ans, il existe un nouveau foyer de lèpre à Memel, en Prusse. En présence de l'insuffisance de la thérapeutique, des mesures doivent être prises pour arrêter l'extension de la maladie. Il faut pratiquer l'isolement. Dans les grandes villes, l'inscription et le contrôle suffiront.

II. — Les lépreux ne sont pas isolés en Portugal; il est positif que la lèpre est plus fréquente chez les descendants de lépreux. C'est entre 12 et 20 ans et chez les individus du sexe masculin que la lèpre se montre le plus souvent, et la forme tuberculeuse est la plus fréquente. La cause occasionnelle la plus appréciable est le refroidissement. Les provinces les plus atteintes sont la Beira alta, les Algarves et l'Estramadure. L'acide gynocardique à l'intérieur a été employé, l'huile de Chaulmoogra est mal supportée dans les climats chauds.

III. — La contagion paraît jouer le rôle le plus important dans l'extension de la lèpre. Le poisson salé ne saurait être incriminé de même que la vaccination jennérienne. La syringomélie peut être confondue avec la lèpre. Dans la syringomyélie, il y a dissociation des troubles sensitifs, intégrité des muscles superficiels de la face, pas de taches sur la peau, intégrité du système pileux, et déviation de la colonne vertébrale. Dans la lèpre, il y a au contraire abolition de la sensibiliié tactile, atrophie et paralysie des muscles superficiels de la face, taches anesthésiques sur le corps, chute complète ou partielle des poils, altérations excessives des ongles, épaississement des nerfs avec renflements nodulaires et résorption spontanée des phalanges. Le pétrole brut à l'intérieur à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 en capsules est le traitement qui a le mieux réussi.

IV. — Neumann a observé 9 cas de lèpre tuberculeuse en Bosnie. 8 des malades étaient mahométans, tous étaient jeunes. Il est probable que l'hérédité a un rôle étiologique; mais il n'y avait aucune preuve en faveur de la contagion.

V. — Les cultures ont été faites dans du bouillon solidifié par l'agar et additionné de 2 0/0 de glycose. La végétation débute vers le septième jour dans la profondeur du milieu par de petits points qui forment nuage tout le long de la piqûre. Ce sont des bacilles droits ou courbes, un peu plus courts que ceux de la tuberculose, et qui ont les mêmes réactions colorantes que ceux de la lèpre.

VI. — Dans les tentatives de culture du bacille de la lèpre, il faut prendre note de l'âge de la maladie, de sa forme clinique, de la coexistence d'autres affections. Les cultures se font aussi bien dans un milieu légèrement acide que dans un milieu alcalin. Le bacille présente tous les caractères morphologiques de celui de la lèpre, il est strictement anaérobie et végète soit dans les milieux liquides soit dans les milieux solides à 37 ou 39°. Il se colore bien par la méthode de Gram. Les expériences d'inoculation ont été faites sans succès. R. JACQUINET.

Some points in the morbid anatomy of leprosy, par Beaven RAKE (*Guy's hosp. Rep.*, *XLVIII*, *p.* 49,).

Mémoire basé sur 109 autopsies de lépreux faites en 8 années à l'hôpital de la Trinité. Sur ces 109 cas, 36 concernaient la lèpre tuberculeuse, 42 la lèpre anesthésique, 31 les formes mixtes. Il ressort de la statistique fort complète de l'auteur, que les lésions les plus fréquentes sont la néphrite à tous les degrés (35) et la tuberculose (33), les autres cas sont fournis par des lésions accidentelles viscérales. La forme anesthésique est celle qui dure le plus longtemps.

Dans le quart des cas, on a trouvé des bacilles dans les tissus, mais dans les 3/4 des cas ils ont manqué. C'est dans le larynx qu'on les rencontre le plus souvent; puis dans les tubercules cutanés, les ganglions cruraux, le foie, la rate, les nerfs médians, les testicules, les reins et les poumons. Il est remarquable de voir les reins si peu fréquemment remplis de bacilles, quand ils sont si constamment malades. H. R.

Leprosy in Kashmir, par Ernest NEVE (*Brit. med. j.*, *p.* 125, 16 *juillet* 1892).

Statistique portant sur 152 lépreux, observés en 18 mois, 146 hommes et 6 femmes : durée moyenne de la maladie; 2 ans 1/2. Sur 143 cas, l'hérédité manquait 115 fois; 53 fois il parut y avoir contagion. Les formes de la maladie se sont ainsi distribuées : Lèpre anesthésique 53, anesthésie avec ulcération 36, lèpre à la fois anesthésique et tuberculeuse 27, lèpre tuberculeuse 7. H. R.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra, par August RIKLI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 1).

Rikli a étudié un certain nombre d'organes de lépreux provenant de Madère et de Rio-de-Janeiro.

1° Le foie montre autour des vaisseaux portes une hypertrophie du tissu conjonctif dans lequel se trouvent des cellules remplies de bacilles et pleines de vacuoles. Il est en outre infiltré de cellules arrondies; les acini hépatiques présentent des granulations ou tubercules, caractérisés par la présence de cellules géantes et de quelques bacilles;

2° La rate renferme les mêmes cellules vacuolées; les cellules étoilées du réticulum contiennent des bacilles, de même que la paroi et la lumière des veines;

3° Les ganglions lymphatiques présentent dans les cellules lymphatiques des bacilles et des cellules vacuolées:

4° Dans les amygdales et les follicules clos du pharynx se trouvent des bacilles;

5° Le derme est parsemé de bacilles, surtout abondants au voisinage des vaisseaux, dont la lumière en contient également;

6° Dans la langue, les bacilles forment des colonies dans le tissu conjonctif des muscles du derme et arrivent jusque dans l'épithélium superficiel;

7° Les testicules renferment des bacilles aussi bien dans les cellules des canaux séminipares que dans le tissu conjonctif interstitiel;

8° Le nerf cubital présente de nombreux bacilles qui sont répandus

dans le tissu conjonctif intra-fasciculaire et dans des canaux qui semblent être des fibres nerveuses dégénérées. ÉD. RETTERER.

Leprauntersuchungen, par DOUTRELEPONT (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 129, 8 *février* 1892).

Doutrelepont a constaté la présence des bacilles lépreux dans le sang des malades, mais les bacilles n'y étaient toujours qu'en petit nombre et se montraient par poussées, aussi bien dans les globules blancs qu'à l'état de liberté entre les globules rouges. J. B.

Dermatological practice in New Orleans, par H. W. BLANC (*New York med. journ.*, *p.* 281, 12 *mars* 1892).

Parmi les cas signalés par l'auteur dans la relation de cinq années de pratique dermatologique, il convient de noter 83 faits de lèpre observés, à l'exception de 3, chez des sujets qui résidaient dans l'État de New-Orléans. Dans ce nombre, il y a 70 blancs et 13 sujets de couleur; 49 hommes et 34 femmes.

Voici le tableau qui donne l'âge des sujets :

Au-dessous de 10 ans	2 cas.
De 10 à 20 ans	15 —
De 20 à 30 ans	26 —
De 30 à 40 ans	10 —
De 40 à 50 ans	12 —
De 50 à 60 ans	8 —
De 60 à 70 ans	8 —
De 70 à 90 ans	2 —

L'auteur est persuadé que l'usage de viande crue ou mal cuite est une des causes de la lèpre. Cette notion est basée sur l'interrogatoire des malades et sur la fréquence des vers intestinaux chez les lépreux.

L. GALLIARD.

Ein Beitrag zur Cultur des Bacillus Leprae, par A. A. KANTHACK et A. BARCLAY (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVI*, 2).

Après avoir extirpé sur trois lépreux le lobule de l'oreille atteint de lèpre, Kanthack et Barclay mirent chaque lobule, avec toutes les précautions antiseptiques, dans un bouillon stérilisé. Deux jours après, ils y trouvèrent des bacilles libres, petits et ressemblant au bacille tuberculeux. Les réactifs colorants et la méthode de Gram démontrèrent que c'était des bacilles répondant morphologiquement à ceux de la lèpre.

Cultivé sur le bouillon, sur la gélatine, sur l'agar glycériné, le bacille donna lieu à des résultats positifs ; sur la pomme de terre, le résultat fut négatif.

Après avoir annoncé ce résultat positif, Kanthack (*mêmes Archives*, CXXVI, 3) revient sur ses déclarations et reconnaît qu'il s'est trompé, ainsi que son ami Barclay, mort depuis. Ce qu'ils regardaient comme le bacille de la lèpre, n'est qu'un bacille de l'épiderme. ÉD. RETTERER.

Tentatives de culture du bacille de la lèpre avec résultat positif, par DUCREY (*Giorn. ital. delle mal. vener., fasc. I*, 1892).

Il résulte des recherches de Ducrey que le bacille de la lèpre n'est pas aérobie. Ainsi que l'ont démontré les résultats obtenus par Campana et confirmés par Ducrey ce bacille est anaérobie, particularité qui ne peut laisser place au doute et qui le sépare nettement du bacille de la tuberculose. Les principaux milieux de culture utilisés par l'auteur ont été le bouillon dans le vide, et surtout l'agar-agar simple ou glycériné à 5 ou 10 0/0, le sérum d'hydrocèle ou de sang de bœuf. Il a employé aussi le milieu suivant, d'après la formule de Campana : on ajoute de l'agar-agar à 1 0/0 et du sucre de raisin à 3 0/0 à un bouillon obtenu par parties égales de viande de bœuf et d'eau, peptonisé à 2 1/2 0/00 et contenant 5 0/00 de sel de cuisine. Plus le vide est parfait et mieux la culture réussit. F. BALZER.

I. — Contribution au traitement de la lèpre, par J. CARREAU (*Broch. Pointe-à-Pitre*, 1892).

II. — Remarques sur le traitement de la lèpre par le chlorate de potasse, par G. HAYEM (*Bull. méd.*, 30 *octobre* 1892).

I. — Un lépreux, mordu par un serpent venimeux, vit les tubercules s'affaisser, disparaître et il guérit. (Brassac. — Art. Éléphantiasis, *Dict. sc. méd.*) Carreau pense que ce résultat est dû à l'altération du sang produite par le venin, qu'il y a eu formation de méthémoglobine. Partant de cette idée, il a essayé un médicament méthémoglobinisant, le chlorate de potasse et l'a employé à haute dose chez un lépreux qui voulut se soumettre à ce traitement. Il donna le premier jour 20 grammes, le 2e jour, 10 grammes, le 3e jour, 15 grammes. Il y eut à cette troisième dose des phénomènes toxiques graves, mais le malade se remit et les manifestations lépreuses sont dans un état d'amélioration remarquable.

II. — Hayem, à propos de ce cas intéressant, fait remarquer que les chlorates, agents fort toxiques, détruisent les globules rouges en même temps qu'ils transforment l'hémoglobine. La dose toxique varie d'un sujet à un autre; la même dose inoffensive d'abord, peut devenir plus tard toxique. Si l'hypothèse de Carreau est fondée, il serait préférable de s'adresser à des agents qui transforment la matière colorante des globules sans altérer les éléments. A. C.

Modifications du bacille de la lèpre après le traitement par l'huile de chaulmoogra, par ORO (*Giorn. ital. delle mal. vener., novembre* 1892).

L'auteur a vu à la suite de ce traitement les bacilles de la lèpre réduits en fines granulations amassées sous forme d'amas zoogléiques. Il croit que l'huile peut amener dans les infiltrats lupeux des modifications capables de compromettre la vitalité du bacille et de provoquer sa désagrégation progressive. F. BALZER.

Lupus Pernio, par TENNESON (*Soc. de dermat.*; *novembre* 1892, *et Annales de derm., III*, 9 *et* 10).

Tenneson présente un cas de lupus pernio dont le début remonte à

dix ans pour la face, et à trois ans pour les mains. Or, à la face existent des tubercules lupiques incontestables, dont la nature a été confirmée par l'examen histologique; sur les membres au contraire ces tubercules font défaut. Le lupus pernio ne peut donc être rattaché ni au lupus érythémateux, puisque quelquefois il présente des tubercules, ni au lupus tuberculeux, puisqu'ailleurs il n'en présente pas. C'est un lupus distinct par l'ensemble de ses caractères cliniques, mais comme les deux autres, c'est une manifestation cutanée de la tuberculose, une tuberculide. Le malade a eu en 1885 un faux érysipèle et des arthrites douloureuses et fébriles se sont produites à diverses reprises, il présente actuellement des déformations des phalanges. Tout cela répond aux érythrodermies et aux arthro-ostéopathies que E. Besnier a signalées dans le lupus érythémateux. R. JACQUINET.

I. — De l'ulcus rodens, par DUBREUILH (2e *Congrès intern. de dermat.*, 1892, *et Annales de dermat.*, *III*, 9 *et* 10).

II. — Ulcus rodens, par DANGERFIELD (*Thèse de Bordeaux*, 1892).

I. — Parmi les épithéliomas superficiels, il est une forme très-commune distinguée par les auteurs anglais sous le nom de rodent ulcer et qui pour quelques-uns d'entre eux serait une maladie distincte de l'épithélioma. Il débute par un nodule dur perlé qui s'accroît lentement et forme une plaque arrondie à contours sinueux, limitée par un bourrelet de 2 à 4 millimètres, saillant rouge pâle avec un éclat perlé et une dureté particulière. Le centre a une ulcération rouge sèche couverte d'une croûte adhérente ou par du tissu cicatriciel. L'ulcus rodens pouvant gagner en profondeur surtout au niveau du nez provoque des pertes de substances qui portent sur tous les tissus. Il n'y a pas de lésions à distance sur la peau ou les muqueuses comme dans la syphilis ou le lupus, c'est un processus simplement ulcératif. La maladie débute le plus souvent au voisinage de l'angle interne de l'œil, ou au nez et au front; elle s'observe chez les individus d'âge mur. La santé générale n'est jamais altérée, il n'y a ni cachexie, ni retentissement ganglionnaire, ni généralisation, ni récidive à distance.

L'ulcus rodens est un épithélioma à petites cellules groupées en lobules arrondis ou anguleux. Ces cellules sont petites et peu distinctes; à la périphérie du lobule elles sont disposées radialement comme un revêtement d'épithélium cylindrique. Elles subissent souvent au centre du lobule une dégénérescence vacuolaire spéciale. L'aspect de la lésion fait qu'on la confond souvent avec le lupus ou des syphilides tertiaires.

II. — L'auteur développe dans cette thèse les idées de Dubreuilh sur cette variété d'épithélioma. R. JACQUINET.

A case of sclerodorma, par DUNN (*New York med. journ.*, *p.* 337, 26 *mars* 1892).

Un nègre, âgé de 34 ans, raconte qu'à l'âge de 12 ans il a eu à l'aile du nez, du côté droit, une sorte de verrue qui a lentement augmenté de volume. Plus tard, le côté gauche a été atteint et à l'âge de 22 ans les lésions s'étendaient à la base du nez. A cette époque, il y eut un gonflement énorme des

paupières et de la conjonctivite. Les lésions ne tardèrent pas à gagner les oreilles puis la bouche.

Actuellement, la peau de la face est dure, épaisse, tendue, particulièrement raccourcie sur certains points ; la bouche est entr'ouverte ; les paupières sont atrophiées, immobiles et ne recouvrent que partiellement le globe de l'œil. La pigmentation de la peau est détruite sur de grandes étendues, ce qui fait penser à la leucodermie. Les gencives sont dures et gonflées. Les narines sont presque complètement closes. Les voies lacrymales sont détruites, d'où épiphora.

Les désordres sont limités à la face.

L'étiologie est obscure.

Bien que le diagnostic de sclérodermie soit, dans ce cas, le plus satisfaisant, on pourrait songer au rhinosclérome à cause des phénomènes du début et de la marche des lésions. L. GALLIARD.

Zur pathologischen Anatomie der Skleroderma, par HOFFA (*Münch. med. Woch.*, *n°* 35, *p.* 615, 1892).

L'auteur donne la description suivante d'un lambeau de peau sclérodermique pris à un de ses malades. Epithelium normal ainsi que les papilles et les glandes sébacées. Fibres élastiques du chorion normales. Par contre les vaisseaux sanguins sont très altérés. L'adventice est infiltrée de petites cellules, formant des amas ; les lésions de la tunique moyenne et interne sont plus diffuses. Les faisceaux musculaires de la moyenne sont écartés les uns des autres par du tissu conjonctif, mais conservent leur disposition circulaire. La tunique interne est fortement tuméfiée, au point de diminuer fortement ou même d'obstruer la lumière vasculaire. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve des amas de petites cellules, principalement autour des lobules graisseux. Les nerfs ne paraissent pas lésés. Le cas décrit correspond à un début de sclérodermie. C. LUZET.

Deux cas de mélanodermie, avec pigmentation de la muqueuse buccale, chez des malades atteints de phthiriase, et ne présentant pas les signes généraux de la maladie d'Addison, par THIBIERGE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 *décembre* 1891).

Travail établi sur 2 observations de malades âgés, présentant le complexus pathologique connu sous le nom de maladie des vagabonds, avec pigmentation cutanée particulière et portant à la face interne des joues, sur la voûte et le voile du palais, de petites taches d'un brun pâle, arrondies, disséminées irrégulièrement ou des traînées brunes, irrégulières, mal délimitées. Thibierge rapporte l'indication de deux cas analogues observés par Greenhow et Besnier.

Chauffard a vu un cas analogue de pigmentation de la bouche, chez un tuberculeux phthiriasique. A l'autopsie, les capsules surrénales étaient intactes. H. L.

Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme, par FINGER (*Wiener med. Presse*, 25 *septembre* 1892).

Il existe tout un groupe d'érythèmes, qui viennent compliquer des maladies infectieuses aiguës.

Leur genèse peut être comprise de diverses façons, soit comme une

manifestation de l'intoxication, un empoisonnement par les toxines, soit comme une localisation du poison sur la peau; ce seraient alors de véritables dermatites bactériennes.

Le cas suivant est un exemple de cette dernière variété :

Le 29 août 1887, une femme de 26 ans entre dans le service de Kiemann : état typhoïde, fièvre élevée. Trois jours avant sa mort, il se développe, disséminés sur le thorax et les extrémités, tout spécialement sur la face dorsale des mains et des pieds, de petits nodules d'érythème papuleux, rougeâtres, gros comme des lentilles. A l'autopsie, on trouve un processus diphtéroïde ayant envahi le voile du palais, le pharynx et s'étendant par l'œsophage jusque dans l'estomac, de plus, de la péricardite, pleurésie double, infarctus pulmonaire et des foyers métastatiques des reins et du myocarde causés, ainsi que le démontrèrent les cultures, par le streptocoque pyogène. Examen microscopique des papules d'érythème : œdème du tissu conjonctif de la couche papillaire et de la peau, hyperémie des papilles et infiltration leucocytique.

La coloration des coupes par la méthode de Gramm fait voir la présence d'une grande quantité de cocci qui occupent exclusivement les vaisseaux sanguins. Ils emplissent le réseau capillaire des papilles de telle façon qu'à un faible grossissement ils font l'impression de capillaires injectés. Dans les vaisseaux plus gros du stratum réticulaire et des glandes sudoripares, ils se retrouvent, localisés à la paroi des vaisseaux, identiques aux streptocoques qui infectent les autres organes. CART.

Primary rheumatic endocarditis whith erythema nodosum, par CHADDOCK (*New York med. journ., p.* 290, 12 *mars* 1892).

Dans ce cas l'endocardite a été le phénomène initial; l'érythème noueux lui a succédé, et c'est en dernier lieu que les déterminations articulaires ont paru.

Garçon de 18 ans, soupçonné depuis quelques jours de tuberculose au début, présentant le 4 octobre de la fièvre (101°F.). Le 5, on constate un souffle systolique léger à la pointe avec exagération du second bruit de l'artère pulmonaire. Le 6, on découvre sur chaque jambe des nodules rouges et douloureux. L'acide salicylique détermine un abaissement de température à 98°F.

Le 9, tuméfaction du coude droit. La température s'élève à 102°. La dose d'acide salicylique est augmentée (70 grains). Accentuation des signes d'endocardite.

Le 10, 104°; les deux épaules et les deux coudes sont tuméfiés. L'érythème noueux se manifeste au dos, à la nuque; quelques groupes d'herpès au côté droit du cou.

La fièvre cesse le 17. Les jointures sont indemnes à partir du 26. A ce moment l'érythème noueux a disparu. Le souffle cardiaque persiste.

L. GALLIARD.

Fall von Angiokeratom, par Max JOSEPH (*Berlin. klin. Wochens., n°* 20, *p.* 493, 16 *mai* 1892).

Jeune homme de 19 ans, ayant eu dès sa première enfance des engelures. Les lésions cutanées actuelles ont débuté à leur suite à l'âge de 10 ans.

Les deux mains sont gonflées, rouge bleuâtre. A leur face dorsale, les doigts présentent de nombreuses hémorragies cutanées, grosses comme des têtes d'épingles et dont la couleur ne se modifie pas par la pression. En quelques points, il y a en outre de petites verrues à surface rugueuse et acuminée, et

qui à leur base offrent un pointillé sanguin. L'affection est disposée à peu près symétriquement sur les mains et sur les orteils.

Joseph a incisé une des petites tumeurs pour en faire l'examen microscopique. Les altérations les plus marquantes sont la dilatation d'un certain nombre de vaisseaux et l'existence de lacunes de grandeurs diverses dans le corps papillaire. Ultérieurement, il se forme par dessus une hypertrophie de la couche cornée, une vraie verrue. (*R. S. M.* XXXV, 579 et XL, 231.) J. B.

Zur Anatomie und Pathogenie des Lichen scrofulosorum, par SACK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIV*, 11).

L'auteur a constaté que la structure des papules de ce lichen est celle des nodules tuberculeux; il a signalé le fait en même temps que Jacobi trouvait dans les mêmes éléments des bacilles de Koch : Hallopeau a publié un fait clinique non moins démonstratif et Darier est arrivé, par son étude histologique, aux mêmes conclusions : la question doit donc être considérée comme jugée dès à présent, et c'est à juste titre que l'auteur propose de substituer à la dénomination de lichen scrofulosorum celle de tuberculose lichénoïde de la peau. H. HALLOPEAU.

Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens, par BROCQ (*Ann. de dermat.*, *III*, 11, *novembre* 1892).

Les dermatoses névrosiques prurigineuses peuvent s'accompagner d'éruptions fort diverses que l'on doit diviser en deux groupes principaux. Le premier comprend des éruptions spéciales : telles sont les papules du lichen ruber, celles de début du prurigo de Hebra; le second comprend des éruptions banales pouvant être les symptômes d'affections très diverses dans leur nature. Les variétés les plus fréquentes sont les éruptions lichénoïdes, les éruptions eczémateuses, les éruptions urticariennes. Se basant sur l'essence même de la maladie, le mode suivant lequel le nervosisme agit sur la peau, Brocq propose la classification suivante des dermatoses névrosiques prurigineuses : 1° Névrodermites, généralisées continues ou passagères intermittentes, circonscrites; 2° Névrodermites pures. Lichénifications primitives. A. Névrodermites diffuses. Lichénifications avortées diffuses primitives. B. Névrodermites circonscrites chroniques. Lichénifications primitives franches pures, circonscrites chroniques. Lichen simplex chronique de Vidal; 3° Névrodermites eczémateuses lichénifiées; 4° Névrodermites chroniques, polymorphes (prurigo de Hebra) ou à type de prurigo pur; 5° Névroses cutanées urticariennes à type de lichen simplex de Vidal; 6° Névroses cutanées urticariennes pures; 7° Névroses cutanées à type dermatite herpétiforme; 8° Lichen ruber. R. JACQUINET.

Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altération des muqueuses buccale et nasale et des cornées, par THIBIERGE (*Soc. fr. de dermatologie*, 9 *juin* 1892).

Thibierge rapporte l'observation d'un enfant de 12 ans atteint d'ichthyose généralisée. Les diverses variétés morphologiques se trouvent ici réunies, à l'exception des variétés à squames minces et brillantes, connues sous le nom d'ichthyose nacrée. Les altérations les plus accusées siègent, au niveau des plis articulaires, aux aisselles, aux coudes, aux creux poplités, sans compter les plis génito-cruraux. Ce cas rentre donc dans le groupe des

ichthyoses paratypiques de Ernest Besnier. La sécrétion sudorale est complètement abolie, et la sécrétion sébacée est concrétée au cuir chevelu en productions séborrhéiques épaisses. Sur la langue, sur les joues, sur la cloison des fosses nasales comme sur la peau, la couche superficielle ou épidermique de la membrane de revêtement est épaissie. Il existe sur la partie centrale des deux cornées, occupant environ le quart de la membrane, une infiltration grisâtre superficielle, plus étendue en largeur qu'en hauteur, parsemée de très fins vaisseaux. R. JACQUINET.

Le menthol dans les maladies prurigineuses de la peau, par COLOMBINI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 1, 1892).

Le menthol a donné surtout d'excellents résultats dans les dermatoses prurigineuses, telles que l'eczéma. Il a été moins bon dans le prurit nerveux et a été des plus utiles dans l'urticaire. L'auteur le prescrit dans l'alcool à 5-10 0/0; dans l'huile à 10 0/0; dans les onguents de zinc et d'amidon à 0,50 ou 3 0/0. Il l'ajoute aussi aux poudres inertes à la dose de 1 à 3 0/0. F. BALZER.

Considérations sur le prurigo de Hebra, par E. VIDAL (*Ann. de dermat., septembre-octobre* 1892).

Le prurigo de Hebra est, ainsi que le lichen simplex circonscrit, une névrodermite papuleuse chronique qui, dans une classification anatomo-pathologique, doit être rangée dans les affections papuleuses, et, dans une classification pathogénique, appartient aux dermatoneuroses.

Le prurigo de Hebra n'est pas une maladie indépendante : c'est la résultante de plusieurs conditions pathogénétiques dont les deux majeures sont le nervosisme et la constitution lymphatique (diathèse scrofuleuse des anciens auteurs). Commençant généralement dès les deux premières années de la vie, il n'est pas très-rare d'en voir les premières manifestations pendant la seconde enfance et même pendant la jeunesse. Bien que la guérison ne soit pas la règle, elle n'est cependant pas très-rare. Par un traitement bien dirigé, en protégeant la peau contre toutes les causes excitatrices de prurit, on peut obtenir des améliorations et des rémissions de longue durée. R. JACQUINET.

Sur les érythrodermies du mycosis fongoïde, par E. BESNIER et HALLOPEAU (*Ann. de dermat., septembre-octobre* 1892).

Les auteurs tirent les conclusions suivantes de six observations qu'ils rapportent. Les érythrodermies mycosiques peuvent être précoces ou tardives, précéder de plusieurs années l'apparition des tumeurs ou lui être consécutives. Elles ne se généralisent que graduellement; souvent il reste quelques intervalles de peau saine; la rougeur de la peau coïncide avec son épaississement, l'exagération de ses plis et l'augmentation de sa consistance. L'éruption peut être par places papuleuse; les papules ont souvent un poil dans leur partie centrale; d'autres fois, elles présentent une dépression comblée par un grain corné. Il peut se produire concurremment des taches pigmentaires et des nodules miliaires; ceux-ci sont dus, selon toute vraisemblance, à l'oblitération des conduits sudoripares. L'éruption s'accompagne constamment d'un prurit des plus intenses; le grattage donne lieu à des excoriations ou à des ecchymoses,

jamais à du prurigo. Il se produit concurremment des adénopathies très volumineuses. L'érythrodermie peut, comme les tumeurs mycosiques, subir partiellement une évolution rétrograde : il en résulte la production de plaques nummulaires décolorées qui tranchent par leur blancheur sur la surface rouge des parties malades. La rougeur en s'atténuant peut laisser une pigmentation exagérée. Il n'y a pas de leucémie; et la biopsie dès le début peut aider au diagnostic. Selon toute vraisemblance, ces lésions ne diffèrent de celles des tumeurs mycosiques que par le mode de distribution des altérations et par leur siège. R. JACQUINET.

Un cas de granulome fongoïde ou mycosis d'Alibert, par MARIANELLI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 2, 1892).

P..., âgé de 14 ans, a présenté d'abord une éruption eczématiforme pour laquelle il est venu plusieurs fois à la clinique de Pellizzari. Il revient en mars 1890, avec une éruption qui occupe tout le corps, à l'exception de la face, de la partie supérieure du tronc, de la paume des mains et de la plante des pieds et des espaces interdigitaux. Pellizzari porta le diagnostic de mycosis après avoir éliminé successivement l'eczéma, le prurigo, l'érythème polymorphe, la lèpre. Il s'agissait d'un mycosis érythémateux encore dans la période préfongoïde. On pouvait facilement éliminer la sarcomatose généralisée, à cause de la superficialité des lésions. D'un autre côté l'absence de splénomégalie, de la tuméfaction des ganglions lymphatiques, et de leucémie étaient suffisants pour faire repousser l'idée de lymphodermie pernicieuse. L'examen histologique permit d'ailleurs de conclure qu'il s'agissait bien d'une tumeur composée de cellules conjonctives avec tissu réticulé devant être rapportée aux tumeurs de granulations ou granulomes. Les tentatives de recherches bactériologiques sur les animaux, ou bien à l'aide des cultures et du microscope n'ont pu démontrer la présence d'un germe spécifique. Le malade traité par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler et par l'arsenic à l'intérieur finit par guérir complètement dans l'espace de six mois. La guérison se maintenait encore six mois après la fin du traitement. F. BALZER.

Sulla patogenesi della sarcomatosi cutanea, par G. GATTI (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, *p.* 733, *août* 1892).

Trois observations de sarcomatose cutanée, l'une présentant de grandes analogies avec le type décrit par Kaposi, mais en différant par la forme des cellules qui ne sont pas rondes, par l'ulcération d'une tumeur et la cornéification de plusieurs autres, les deux autres se rapprochant du type hypodermique globo-cellulaire simple de Perrin, mais s'en distinguant par le polymorphisme des cellules. L'étude clinique de ces cas conduit l'auteur à admettre l'origine vasculaire des tumeurs; l'examen histologique des lésions les plus jeunes montre que les éléments du sarcome dérivent des cellules endothéliales des vaisseaux de néoformation, qu'il s'agit en réalité d'une forme particulière et non encore décrite d'endothéliome. GEORGES THIBIERGE.

Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse, par HALLOPEAU et JEANSELME (*Annales de dermat.*, *novembre* 1892).

Les auteurs rapportent une observation avec nécropsie et examen

histologique et arrivent aux conclusions suivantes. Des tumeurs sarcomateuses peuvent rester pendant plusieurs années limitées à un membre. Elles se propagent suivant le trajet des lymphatiques et envahissent les ganglions, qui semblent faire obstacle pendant un certain temps à leur dissémination. Ces tumeurs deviennent le siège d'ulcérations qui peuvent persister ou être suivies de cicatrisation en général partielle et non durable. Elles offrent dans leur mode de distribution, leurs caractères et leur évolution, une grande analogie avec la lymphangite tuberculeuse nodulaire, mais elles s'en distinguent par les hémorragies incessantes qui se produisent, soit dans l'intimité du tissu néoplasique, soit à l'extérieur après l'ulcération. Des hémoptysies survenant dans le cours de la maladie sont en faveur du diagnostic d'une sarcomatose étendue au poumon, si l'expectoration ne contient pas de bacilles de Koch. L'étude histologique nous montre quelles sont les causes des hémorragies. Des bourgeons néoplasiques oblitèrent un grand nombre de capillaires et de veines. Ces troubles circulatoires ont pour conséquence la formation dans le tissu morbide de foyers de dégénérescence au sein desquels se produisent des hémorragies secondaires. R. JACQUINET.

Recherches histologiques et bactériologiques sur le rhinophyma, par ROSSI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 2, *juin* 1892).

L'acné rosacée, selon l'auteur, devrait être rangée parmi les tumeurs, dans les granulomes. Le revêtement epithélial en pareil cas est presque normal, les follicules pileux et les glandes sébacées sont augmentés de volume et très dilatés. Le derme est infiltré de petites cellules lymphoïdes, d'éléments fusiformes plus rares, et de cellules d'Ehrlich de volume variable. Les recherches bactériologiques sont restées négatives. L'auteur dit qu'anatomiquement cette affection se place parmi les granulomes ; la nature intime du processus est une inflammation lente avec afflux sanguin abondant et dilatation vasculaire suivie d'infiltration cellulaire et d'altérations des éléments glandulaires et épithéliaux de la peau. Cette inflammation arrive à constituer ces tumeurs tubéreuses caractéristiques du rhinophyma. Toutefois cette inflammation n'aboutit pas à la rétraction cellulaire du tissu conjonctif nouveau et la tumeur conserve des caractères qui doivent la faire ranger au nombre des granulomes.

F. BALZER.

Contribution à l'histologie pathologique, l'étiologie et la pathogénie du condylome acuminé, par DUCREY et Marius ORO (2e *Cong. intern. de dermat.*, 1892 *et Annales de dermat.*, *III*, 9 *et* 10).

Certains faits cliniques sont en faveur de la nature infectieuse des condylomes. Les auteurs ont obtenu dans leurs ensemencements divers microbes. Les uns, évidemment accidentels, ont été laissés de côté, les autres, qui par leurs caractères spéciaux ou leur constance pouvaient être soupçonnés d'être les agents de la contagion, ont été inoculés aux animaux ou même à l'homme, mais le tout sans résultat. On a trouvé dans les préparations des formes répondant exactement aux coccidies de Darier. La seule conclusion qui soit permise est que le jour où la nature parasitaire et le rôle pathogénique attribué par Darier aux cor-

puscules qu'il a décrits seront démontrés, le condylome accuminé qui contient des corps identiques devra, lui aussi, être rangé dans le groupe des psorospermoses. R. JACQUINET.

Ueber eine gelungene Uebertragung von Molluscum contagiosum, par PICK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 127, 8 *février* 1892).

Pick a inoculé le fluide crémeux d'un gros molluscum sous l'épiderme de la cuisse de deux enfants atteints de prurigo. Au bout de 4 mois, temps pendant lequel les enfants ne furent pas perdus de vue, il se développa chez eux des molluscum typiques présentant les caractères anatomo-pathologiques connus. J. B.

Trichinose de la langue, par ORTIZ DE LA TORRE (*Revista de medic. y cirurg. pract.*, 7 *mars* 1892).

Un homme de 50 ans, de robuste apparence, présente une tumeur ulcérée de la langue qui remonte à 12 mois auparavant et a commencé par une petite érosion. L'ulcère est douloureux, non hémorragique, d'apparence cratériforme et à bords renversés en dehors : le fond semble dur, fibreux, non purulent. Il n'existe point d'histoire de syphilis ni de tuberculose. On diagnostique un épithéliome et on résèque la portion de la langue malade. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un cas de trichinose, avec sclérose et ulcération des tissus autour des kystes. Guérison rapide. H. R.

Remarques sur les alopécies de la kératose pilaire, par BROCQ (2e *Cong. intern. de dermat.*, 1892, *et Annales de dermat.*, *III*, 9 *et* 10).

La kératose pilaire du cuir chevelu peut revêtir plusieurs aspects et causer plusieurs formes d'alopécie. Dans une première variété, il faut ranger les faits connus sous le nom d'aplasie moniliforme des cheveux dans lesquels les poils grêles, courts, frisottants, annelés, sont entourés à leur émergence d'une petite saillie rouge miliaire de kératose pilaire. Dans une deuxième variété, il faut ranger ces faits relativement fréquents que l'on observe chez les adultes entre 20 et 50 ans, et dans lesquels l'alopécie est constituée par des sortes de petites plaques fort irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles. Dans une troisième variété, on doit ranger les faits analogues à ceux que Taenzer a publiés sous le nom d'ulérythème ophryogène, et dans lesquels le processus morbide dépilant cicatriciel est plus marqué, mais parfois aussi plus circonscrit que dans le groupe précédent. Dans une quatrième variété, de beaucoup la plus commune, ce processus cicatriciel est au contraire réduit à son minimum. Au point de vue de la kératose pilaire du cuir chevelu, on peut formuler les deux hypothèses suivantes : ou bien le processus kératosique existe d'emblée autour des papilles profondes des cheveux normaux, mais il ne devient apparent que lorsque les poils normaux ont été remplacés par des poils plus grêles ; ou bien le processus kératosique vient se surajouter à un autre processus morbide dépilant quand celui-ci a déjà modifié les cheveux et a remplacé les papilles pileuses profondes par des papilles superficielles. R. JACQUINET.

De la tricophytie des régions palmaire et plantaire, par DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR (*Ann. de dermat., III*, 8, *août* 1892)

La trichophytie peut occuper la paume des mains et la plante des pieds; il n'est pas rare de la voir se cantonner exclusivement à ces régions. On peut distinguer des cas primitifs, dans lesquels le parasite s'est implanté dans un épiderme qui était sain auparavant; et des cas secondaires, où une maladie a préparé le terrain à la végétation du tricophyton. Les localisations palmaires et plantaires de la tricophytie présentent un intérêt spécial à cause de la difficulté réelle du diagnostic en pareil cas; cette difficulté tient à la très grande analogie que présentent les lésions tricophytiques de ces régions avec les autres dermatoses de même siège (dysidrose, syphilis, etc.). En dehors de l'examen microscopique, il y a quelques particularités cliniques. La tricophytie n'est pas précédée de sensations douloureuses et de démangeaisons; elle débute très souvent par une vésicule unique, et l'envahissement se fait excentriquement par la formation de vésicules à la périphérie.

R. JACQUINET.

Contribution à l'étude de la tricophytie humaine, par SABOURAUD (*Ann. de dermat., novembre* 1892).

Dans le genre Botrytis doivent rentrer tous les parasites externes dont l'évolution sur l'homme produit le syndrome tricophytie. Il y a des présomptions de croire que les tricophytons animaux sont pareillement des Botrytis. Deux espèces de ce groupe sont les causes ordinaires de la teigne humaine. La première : le tricophyton à petites spores n'envahit probablement jamais les régions glabres, c'est l'auteur habituel des teignes tondantes de l'enfance. Le deuxième parasite ordinaire de la teigne chez l'homme est le tricophyton à grosses spores. C'est presque toujours cette espèce qui chez l'homme adulte provoque la tricophytie de la barbe. A côté de ces deux espèces qui forment la presque totalité des teignes humaines, et principalement à côté de cette dernière (le tricophyton à grosses spores) peuvent se placer deux types plus rares de parasites analogues. Un tricophyton à grosses spores qui s'est exclusivement rencontré dans les tricophyties circinées tégumentaires. Un tricophyton dont les spores sont grosses et inégales et qui ne présente pas de mycélium visible. Enfin en dehors de tous les types décrits et s'en éloignant beaucoup par leurs caractères de culture, deux autres parasites ont été isolés. L'un : tricophyton à cultures noires, a été isolé d'une tricophytie tégumentaire de caractères objectifs particuliers. L'autre, tricophyton à cultures roses, s'est rencontré dans une tricophytie de la barbe. Ces deux derniers types n'ont été qu'accidentellement cultivés sur l'homme.

R. JACQUINET.

Contribution clinique, anatomo-pathologique et bactériologique à l'étude de quelques affections des régions pileuses, cuir chevelu et face, avec terminaison par atrophie, par DUCREY et STANZIALE (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVIII*, 2, *juin* 1892).

Ce travail basé sur sept observations nouvelles conclut à l'existence

d'un groupe de dermites des régions pileuses de la face, à marche lente, pouvant gagner les régions temporales et aboutissant à l'atrophie des follicules pileux et du corps papillaire. Dans un autre groupe il faut ranger des alopécies du cuir chevelu à marche rapide accompagnées d'une atrophie spéciale et plus notable de la peau. Ces deux groupes, le premier surtout, sont assez fréquents et représentent des types cliniques bien définis. Dans le premier groupe, outre l'infiltration du derme qui caractérise le début du processus, on trouve des lésions vésiculeuses et pustuleuses, circonscrites principalement autour des follicules pileux. Les caractères de l'atrophie et la rapidité de la marche dans les affections du second groupe semblent devoir faire admettre une genèse trophoneurotique. Celles-ci mériteraient le nom de pseudo-aire ou pseudo-pelade; tandis que les premières pourraient être appelées dermites sycosiformes atrophiantes. La résistance au traitement est la règle; toutefois l'ichthyol a donné d'assez bons résultats dans les cas du premier groupe. F. BALZER.

Papillome des raffineurs de pétrole, par DERVILLE et GUERMONPREZ (*Ann. de derm.*, 25 *mai* 1890, *et* 2 *broch. Paris*, 1890 *et* 1892).

Les produits irritants contenus dans le pétrole brut, les alcalis qu'on y introduit pour le purifier, la haute température à laquelle on porte ce liquide dans les appareils à distillation semblent être les causes ordinaires des accidents cutanés. Ceux-ci ont le follicule pileux comme porte d'entrée et point de départ, à la face dorsale des mains et des doigts. C'est d'abord une saillie grisâtre un peu saillante, autour du poil follet; cette saillie s'élargit et noircit, le poil adhère moins et finit par tomber. Après diverses altérations les saillies deviennent plus épaisses, plus verruqueuses et prennent l'apparence papillomateuse jusqu'au point de simuler l'épithélioma. Les lésions histologiques se rapprochent d'ailleurs de celles de cette tumeur et le passage du papillome à la malignité ne serait pas impossible sur un terrain favorable. La végétation épithéliale est, en effet, exubérante et ressemble à celle que l'on observe dans les cancroïdes à globes épidermiques, d'après l'examen fait par Augier. En prenant soin de ne laisser les ouvriers que peu de temps dans les emplois où ils sont en contact avec les résidus de la distillation, et en les faisant recourir aux bains et aux frictions savonneuses, on obtient rapidement une diminution notable dans le développement de ces lésions chez les ouvriers. F. BALZER.

Notes sur les éruptions déterminées par l'antipyrine, par Henri FOURNIER (*Journal des mal. cut. et syph., septembre* 1892).

Les éruptions causées par l'antipyrine sont fréquentes et se montrent sous divers aspects, érythème, bulles, etc... Elles ne présentent rien de fixe quant à la dose du médicament, ni quant à la date de leur apparition. Elles semblent se révéler à un moment impossible à déterminer où l'organisme devient tout à coup saturé par le médicament au point de ne pouvoir admettre la plus petite dose nouvelle sans accuser son intolérance par une poussée à la peau. Elles paraissent médiocrement liées aux phénomènes de l'élimination urinaire, puisque les enfants chez les-

quels cette fonction se fait le plus rapidement sont également sujets aux éruptions, même avec l'ingestion de faibles doses. Elles sont plutôt le résultat d'une prédisposition individuelle, ainsi qu'on le constate pour d'autres médicaments. L'auteur croit avec Grancher que les poussées à la peau suffisent à légitimer la suspension du médicament en raison du désagrément et de l'émoi qu'elles causent aux malades. F. BALZER.

Les différentes formes de la syphilis infantile observées à l'hôpital des enfants de Bucarest, par ROMNICEANO (*Cong. intern. de derm.* 1892, *et Annales de dermat.*, *III*, 9-10-11).

L'auteur a observé 723 cas de syphilis infantile, 390 garçons et 323 filles. Les accidents se montrent le plus souvent entre un et quatre mois, et le coryza est d'ordinaire le premier. Les accidents tertiaires se sont montrés jusqu'à l'âge de 15 ans. On peut distinguer trois formes de la syphilis infantile : une forme légère dans laquelle les lésions de la peau et des muqueuses apparaissent à de longs intervalles pendant 6 à 8 mois, puis guérissent sous l'influence du traitement et ne reparaissent pas. C'est la plus fréquente. Des cas moyens où les accidents récidivent plus souvent et pendant plus longtemps ; dans la forme grave les accidents ont récidivé obstinément jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans. Les hérédo-syphilitiques prennent facilement la broncho-pneumonie. Le traitement a consisté en frictions mercurielles matin et soir à la dose d'un gramme. Les accidents ont guéri au bout de 8 à 16 frictions. La mère prenait en même temps du sirop de Gibert. Les enfants n'ont jamais eu de salivation. R. JACQUINET.

I. — **La syphilis du cœur, par MRACEK** (2e *Cong. intern. de dermat.*, 1892 ; *Annales de dermat.*, *III*, nos 9, 10, 11).

II. — **De la syphilis du cœur, par SEMMOLA** (*Bull. acad. de méd.*, 2 *août* 1892).

I. — Dans la syphilis du cœur on distingue deux sortes de lésions, les unes qui sont le produit direct de la syphilis et les autres qui se développent consécutivement aux premières. En ce qui concerne les premières on distingue la gomme et la myocardite fibreuse. Généralement ces deux formes coexistent, elles siègent de préférence sur les parois du ventricule gauche. Les gommes occupent le plus souvent le myocarde ; elles restent longtemps enkystées, passent inaperçues et ne sont découvertes qu'à l'autopsie. Dans la myocardite fibreuse, le myocarde est transformé en plaques dures d'une couleur grisâtre ou traversé par des traînées ramifiées ; le péricarde ou l'endocarde participent à l'altération. C'est toujours le tissu situé autour des branches vasculaires qui commence à être le siège de la prolifération cellulaire. Une partie de la musculature du cœur est comprimée par la formation gommeuse et s'atrophie, une autre est étouffée par les faisceaux de tissu conjonctif nouvellement formés. On peut observer des anévrismes ou même des ruptures du cœur. Sur le péricarde on trouve des épaississements fibreux, des gommes, l'endocarde est le plus souvent lésé en même temps que le myocarde. R. JACQUINET.

II. — Dans cette note, Semmola a en vue une série de cardiopathies primitives se développant chez d'anciens syphilitiques et n'étant nulle-

ment en rapport avec les autres causes connues de ces lésions. Après avoir rappelé que l'un des premiers symptômes, pour ainsi dire rudimentaires, est l'arythmie soit seule, soit accompagnée de tachycardie, il cite à titre d'observations typiques, deux faits choisis au milieu de ceux qu'il a recueillis au nombre de 27. Sous l'influence du traitement spécifique tous les malades ont rapidement guéri et il en conclut que, lorsqu'un ancien syphilitique bien avéré se présente avec des symptômes d'arythmie continuelle persistante, avec ou même sans gêne de la respiration, et rebelle à tous les moyens hygiéniques et pharmaceutiques, que l'on peut employer pour régulariser la fonction cardiaque, le clinicien doit soupçonner de suite qu'il y a un processus syphilitique et conseiller au malade un traitement spécifique bien dirigé, même quand il n'y a plus actuellement aucun symptôme, qui puisse donner la démonstration visible de la syphilis constitutionnelle. OZENNE.

Le tabes dorsal est-il d'origine syphilitique? par PLICHON (*Thèse de Paris*, 1892).

La syphilis n'engendre pas par elle-même les désordres anatomiques du tabes; elle ne peut avoir qu'une influence prédisposante sur un système nerveux modifié par l'hérédité, la congénitalité, les abus fonctionnels, puisque le tabes s'observe chez des syphilitiques, chez des non-syphilitiques, et chez des tabétiques qui deviennent syphilitiques.

F. BALZER.

Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf das papulœse Syphilid, par UNNA (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 25, *p.* 614, 20 *juin* 1892).

Au point de vue histologique, la papule syphilitique est formée des mêmes éléments constitutifs que le tubercule lupique. C'est un amas de cellules plasmatiques et de leurs altérations secondaires : cellules multinucléaires, cellules éclaircies et cellules géantes. Mais la disposition réciproque de leurs éléments constituants est différente. A l'inverse du plasmome lupique, le plasmome syphilitique s'établit au voisinage immédiat des vaisseaux sanguins; en outre, l'évolution du plasmome syphilitique est beaucoup plus rapide.

Sous l'influence du traitement mercuriel, on peut distinguer 3 stades plus ou moins nets dans la résorption des papules syphilitiques.

Dans le premier stade, les papules s'aplatissent, se rétrécissent concentriquement, deviennent d'un brun jaunâtre, en même temps qu'elles augmentent de consistance.

Au bout d'une huitaine, leur rétrocession marche plus lentement, et alors commence le second stade qui dure de deux à six semaines. Les papules s'affaissent ou même se dépriment et perdent toute consistance. Leur teinte passe successivement du gris jaunâtre au gris bleuâtre et, finalement, n'est plus reconnaissable.

Le troisième stade correspond à la guérison.

L'examen microscopique des papules traitées décèle aussi 3 périodes dans leur régression. A la fin de la première semaine, l'épaisseur de la papule a diminué de moitié. Cette diminution porte non sur les cellules plasmatiques, mais sur le tissu intermédiaire; la dilatation des vaisseaux

sanguins et lymphatiques a rétrocédé, le nombre des capillaires sanguins est moindre, et les cellules fusiformes ont presque entièrement disparu. La papule est anémiée et desséchée; voilà le premier effet du mercure.

La deuxième période, beaucoup plus lente, correspond à la destruction des cellules plasmatiques. C'est d'abord leur état granuleux qui disparaît, remplacé par des vacuoles claires; les cellules plasmatiques gardent encore leurs dimensions et leur forme arrondie.

Dans les semaines suivantes, elles se désagrègent; leurs débris suivent le courant lymphatique et remplissent les espaces du suc de l'épiderme.

Les cellules plasmatiques disparues ne sont pas remplacées par du tissu collagène. Il n'y a pas non plus néoformation de pigment.

La coloration cuivrée et la teinte jambon des papules résultent d'un mélange des teintes du sang et du plasmome.

Quand la papule est pauvre en tissu fibrillaire, elle semble cuivrée; quand elle est riche en tissu collagène, elle a la couleur du jambon; dans le premier cas, c'est le sang des parties les plus profondes qui forme la teinte mixte, dans le deuxième, seulement celui des couches superficielles. J. B.

Vier Fälle von Diabetes mellitus syphilitischen Ursprungs, par S. FEINBERG (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 119, 8 *février* 1892).

Fournier, sans nier le diabète d'origine syphilitique, déclare n'en avoir pas observé un seul cas. Scheinmann en a publié 10 observations dont une personnelle.

Feinberg en relate 4 autres qu'il rattache: la première à une méningite spinale postérieure; la deuxième à une endartérite d'une artériole de la région rendue célèbre par Cl. Bernard; la troisième, qui s'accompagnait de paralysie bulbaire, à une endartérite des vaisseaux du plancher du quatrième ventricule; enfin la dernière à une gomme au voisinage du chiasma. J. B.

Zur Casuistik der Keratosen bei constitutionneller Syphilis, par Julius ENGEL-REIMERS (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, *p.* 336, 4 *avril* 1892).

Fait rare de transformation cornée de la peau des seins chez une syphilitique.

Femme de 34 ans, contagionnée par son mari. Un an après l'infection, elle présentait les lésions suivantes:

1° Des plaques cornées sur les mamelons et les aréoles des 2 seins, larges comme une pièce de 5 marks, épaisses d'un bon centimètre, ayant partout la dureté de l'ongle et produisant un bruit de cliquetis quand on les frappait avec un objet métallique. Leur surface, légèrement convexe, présentait des rayures nombreuses et était d'une coloration jaune grisâtre, sale; elles adhéraient intimement à la peau sous-jacente.

2° et 3° Des syphilides papulo-squameuses lenticulaires du tronc, le plus abondantes au niveau de la région lombo-sacrée, où se voyaient, en outre, 2 petites cornes cutanées en forme de croissants, grosses comme des pois, offrant des stries longitudinales à leur surface et des dentelures à leur sommet.

4° Des plaques muqueuses des grandes lèvres et de la lèvre inférieure.

Les plaques cornées des seins étaient constituées exclusivement par des cellules épidermiques imbriquées; les cornes sacrées étaient aussi formées uniquement de cellules épidermiques cornées. J. B.

L'ulcera dura considerata come inizio della sifilide costituzionale, par A. COZZI (*Il Progresso medico*, *p.* 305, 20 *mai* 1892).

Le chancre est la porte d'entrée de la syphilis et non sa première manifestation. A l'appui de son opinion, l'auteur rapporte deux observations d'excision du chancre suivie de succès.

Dans la première, remontant au mois d'avril 1889, le chancre s'était développé 12 jours après le coït et s'accompagnait de légères adénopathies inguinales qui disparurent à la suite de l'excision; le diagnostic fut confirmé par l'inoculation des tissus enlevés à quatre sujets déjà condamnés par d'autres maladies. Dans la deuxième (janvier 1890), le chancre fut enlevé au 9e jour; la femme qui avait été l'origine de la contagion était manifestement syphilitique. Dans les deux cas, aucun accident syphilitique depuis l'excision.

GEORGES THIBIERGE.

La glycérine choralcamphrée dans le traitement de l'ulcère vénérien, par CAVAZZANI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 2, 1892).

L'auteur préfère aux remèdes en poudre le mélange suivant : Hydrate de chloral, 5 grammes, camphre, 3 grammes, glycérine neutre, 25 grammes. La préparation se fait en mélangeant d'abord les deux premières substances et en ajoutant ensuite la glycérine. On l'applique sur l'ulcère en le recouvrant ensuite avec un peu de coton. Il rapporte 26 observations de malades guéris par ce moyen et passe en revue en terminant les divers modes de traitement de l'ulcère mou. F. BALZER.

I. — Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure, par HOULKY-BEY (2e *Cong. internat. de dermat.*, 1892, *et Annales de dermat.*, *III*, 9-10-11).

II. — Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par ARNAUD (*Thèse de Paris*, 1892).

III. — Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis, par Paul RAYMOND (*Gaz. des hôpitaux*, *n*° 79, 1892).

IV. — Compte rendu clinique et statistique des malades traités dans le dernier quadrimestre de 1891, par ORO (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 3, 1892).

I. — La méthode hypodermique, quel que soit le sel mercuriel employé, agit plus rapidement sur toutes les manifestations syphilitiques. Cette supériorité de l'action curative tient à ce que le médicament est soustrait à l'action du foie qui retient la plupart des métaux tels que le mercure, comme cela arrive, quand on administre le mercure par la voie stomacale.

Jamais l'injection de mercure ne devient par elle-même la cause effective d'accidents locaux tels qu'abcès ou gangrène, si la piqûre est faite antiseptiquement selon l'indication de Smirnoff. Les accidents splanchniques provoqués par les infarctus après les injections proviennent de ce que l'excipient employé pour le mercure était un véhicule qui ne se mélangeait pas au sang. Toutes les fois qu'on emploie un tel mélange (comme cela arrive avec les huiles stérilisées), il suffit qu'une goutte de médicament soit maladroitement injectée dans une veinule pour qu'on

assiste à des accidents splanchniques des plus graves. La meilleure injection est une solution aqueuse hydrargyrique, quant à l'auteur, il donne la préférence à la formule de Scarenzio. R. JACQUINET.

II. — Il faut employer exclusivement la succinimide obtenue en faisant réagir le gaz ammoniac pur et sec sur l'anhydride succinique; la succinimide préparée par la distillation seule du succinate d'ammoniaque est mal supportée et donne des accidents. L'auteur considère la succinimide comme étant le sel mercuriel le plus propice aux injections sous-cutanées. La solution à employer doit contenir 0,20 centigrammes de succinimide pour 100 grammes d'eau distillée; on injecte un gramme de la solution par jour.

III. — Raymond passe en revue dans ce travail intéressant tous les auteurs français qui se sont occupés de cette question. Sans éliminer les autres modes de mercurialisation et tout en laissant une large place au traitement par ingestion, il conclut que les injections peuvent être employées avec avantage dans des cas très nombreux et reconnaît qu'elles peuvent être employées sans faire courir au malade aucun danger. Dans un cas pressé il est préférable de recourir aux préparations solubles. Avec les préparations insolubles il est prudent de s'en tenir à des doses faibles pour chaque injection.

IV. — Oro rapporte dans ce compte rendu les résultats obtenus à la clinique de De Amicis dans le traitement de la syphilis par les injections de thymol-acétate de mercure. 61 cas de syphilis ont été traités. La préparation employée était la suivante : thymol-acétate de mercure, 0,75; huile de vaseline, 10 grammes. Cette préparation injectée dans les fesses donne d'excellents résultats dans les accidents tardifs et est alors de beaucoup supérieure aux préparations solubles. Elle donne assez facilement lieu à la stomatite mercurielle, quelquefois très forte. Elle est aussi active que le calomel, et moins offensive localement. F. BALZER.

Sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorragique, par ERAUD et HUGOUNENQ (*IIe Cong. intern. de dermat.*, 1892, *et Annales de dermat. III*, 9-10).

Le bouillon de culture d'un microbe de pus blennorragique filtré et précipité par l'alcool a donné un produit solide et un produit liquide. Le produit solide présente les réactions d'une toxalbumine, mais diffère de la plupart des albumines par l'absence de toute trace de soufre.

Cette matière ne prend naissance que dans des bouillons peptonisés, et par la teneur en azote et l'absence du soufre elle se rapproche de la mucine et de la chondrine. Elle présente des propriétés physiologiques intéressantes ; injectée dans le testicule du chien, elle y détermine une orchite aiguë qui se termine par la suppuration, puis très souvent par l'atrophie du testicule lui-même. Cette substance paraît donc avoir une action élective, spécifique sur le parenchyme testiculaire.

Quant au produit liquide ou hydroalcoolique, l'essai chimique n'a fourni que des résultats négatifs touchant la présence de corps possédant une action spéciale. De plus, les tentatives d'inoculation faites avec les divers résidus de ce produit sont restées également sans effet. Il semble donc probable que ce microbe ne fabrique pas d'alcaloïde. R. JACQUINET.

De la péritonite blennorragique chez la femme. Périmétrite, péri-salpingite, par P.-R. CHARRIER (*Thèse de Paris*, n° 93, 1892).

C'est à la disposition anatomique de ses organes génitaux que la femme doit d'être exposée à la péritonite, c'est ainsi que chez elle deux causes de péritonites septiques agissent très fréquemment qui n'existent pas chez l'homme. L'une est la péritonite puerpérale, l'autre naît au cours de la blennorragie. Cette dernière est spéciale quant à son siège, car elle est presque toujours localisée à la portion du péritoine qui tapisse le petit bassin; quant à la nature de ses exsudats qui sont adhésifs, plastiques, et lui donnent les caractères d'une péritonite sèche, spéciale enfin quant à son allure clinique, car elle procède par poussées aiguës coïncidant souvent avec la menstruation ou certains excès sexuels.

Dans la péritonite blennorragique on ne peut préciser le rôle du gonocoque et cependant il existe. De plus cette forme n'est pas pure, elle est mixte dans la grande majorité des cas, et l'on peut voir aussi la puerpuéralité venir joindre ses effets à ceux de la blennorragie. C'est alors que l'on observe de volumineux abcès pelviens, dont les parois formées par des adhérences stratifiées ont servi de barrière aux poussées de suppuration diffuse que d'ordinaire engendre le streptocoque.

Un traitement prophylactique s'impose; c'est celui de toute manifestation blennorragique, même légère chez la femme. La nécessité est non moins absolue de traiter l'urètre de l'homme atteint d'infection récente ou ancienne, antérieure ou postérieure d'origine blennorragique et considérée à tort comme non virulente et non contagieuse.

Il faut savoir aussi que pour diagnostiquer la blennorragie chez la femme, il ne faut pas exiger la présence du gonocoque sous le microscope dans le pus du vagin ou de l'utérus, car il disparaît vite et de ce que l'on ne le trouve pas on ne doit pas conclure qu'il n'a pas existé ou même que le pus n'est pas infectant.

F. VERCHÈRE.

Principes du traitement de la blennorragie, par NEISSER (2e *Cong. intern. de dermat.*, 1892, *et Ann. de dermat.*, *III*, 9-10).

La base de toutes les mesures prophylactiques et thérapeutiques est le fait reconnu que dans les gonocoques sont la cause de l'infection blennorragique et la possibilité d'établir la présence et le siège de la maladie dans chacune de ses phases. Le danger de la blennorragie consiste en ce que le virus blennorragique et les altérations déterminées par lui ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, et en ce que ce virus envahit les couches profondes de l'épithélium dans les phases ultérieures. Il ne faut employer que des médicaments ayant les propriétés de tuer les gonocoques et d'augmenter aussi peu que possible l'inflammation.

La meilleure méthode de traitement est l'irrigation fréquente de l'urètre. Dans tous les cas subaigus, il faut rechercher l'existence de l'urètrite postérieure et la présence des gonocoques dans l'exsudat.

Le traitement doit durer longtemps et dépendre du degré de virulence. S'il y a des gonocoques dans l'urètre postérieur on les détruira par des irrigations ou les instillations de Guyon. Le traitement de la go-

norrhée de la femme est beaucoup plus difficile que celui de la gonorrhée de l'homme. La fréquence de la gonorrhée rectale et son traitement méritent plus d'attention qu'on ne leur en a prêté jusqu'ici.

R. JACQUINET.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

The traumatic factor in mental disease (Du traumatisme comme facteur pathogénique des maladies mentales), par Julius MICKLE (*Brain*, *p.* 77, *part. LVII*, 1892).

Après avoir rappelé que le traumatisme se trouve jouer un rôle étiologique apparent dans la paralysie générale, dans certaines névroses et maladies mentales, l'auteur cite de nombreux cas consécutifs à un choc cérébral ou même spinal. Il fait remarquer que la commotion cérébrale ou spinale répond à plusieurs modes morbides et est invoquée dans des circonstances très différentes.

Tantôt elle est un simple facteur étiologique ; tantôt elle signifie la condition pathologique des centres nerveux ébranlés par le traumatisme, sans que les lésions dynamiques ou physiques soient perceptibles ; enfin elle comprend, au point de vue clinique, les symptômes complexes qui traduisent le choc cérébro-spinal et déterminent la neurasthénie, l'hystérie, la mélancolie, ou d'autres névroses telles que le diabète.

On peut distinguer, avec l'auteur, quatre groupes principaux d'états morbides consécutifs aux traumatismes craniens : 1° des psychonévroses fonctionnelles, avec automatisme mental, hallucinations, mélancolie et stupeur ; 2° la paranoïa et ses congénères ; 3° certains phénomènes, tantôt d'apparence purement mentale, tels que le délire et la démence, tantôt impliquant l'idée d'une lésion cérébrale organique (paralysie, convulsions, contracture, etc.), et même aboutissant à la paralysie générale progressive ; 4° enfin, le dernier groupe comprend les névroses latentes éveillées par le traumatisme ; c'est de tous peut-être le plus commun : les deux types principaux sont l'hystérie et la neurasthénie.

H. R.

Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie, par E. MESNET (*Arch. de neurol., mai* 1892).

Observation prise à Saint-Antoine en 1872. Jeune fille, 17 ans, présentant des troubles multiples des sensibilités et des sens; troubles de la locomotion, tantôt abolie, tantôt surexcitée ; éveil partiel de tel ou tel sens dans ses rapports avec l'idée dominante qui captive la malade. Crises somnambuliques, pendant lesquelles le délire provient des impressions de l'état de veille, ou bien prend pour origine l'excitation cérébrale spontanée de la malade. Mesnet insiste sur ce fait, que l'accès de somnambulisme spontané commence et se ter-

mine invariablement par une crise léthargique, dont il semble n'être qu'un épiphénomène. On peut donc conclure que ces manifestations multiples dérivent de la grande névrose, et que, quelle que soit leur forme : extatique, cataleptique, syncopale, léthargique, somnambulique, elles doivent être considérées comme l'expression de variétés morbides identiques par leur nature et par leur origine, qui germent et se développent sur un fond commun, l'hystérie. DESCOURTIS.

Ueber zeitliche Verhältnisse der psychischen Processe... (Sur les rapports des processus psychiques des individus en hypnose au point de vue du temps), par W. v. BETCHEREW, d'après E. Henika et B. Worotynski (*Neurologisches Centralblatt*, n° 10, 1892).

Pour un certain nombre de processus psychiques simples le temps de réaction était chez ces femmes hypnotisables à peu près égal dans l'état de veille à celui des sujets sains, le temps de réaction pour la numération de petits nombres était un peu augmenté.

Le rapport était inverse pendant l'hypnose sans suggestion. Quand on suggérait à ces femmes d'aller plus vite dans l'exécution de ces différents processus psychiques la durée de ceux-ci devenait moindre.

Chaque fois qu'une aggravation survenait dans l'affection hystérique de ces femmes la durée de leurs processus psychiques à l'état de veille se trouvait augmentée. PIERRE MARIE.

Note sur un cas d'haphéphobie, par E. WEILL et LANNOIS (*Lyon méd.*, 16 *octobre* 1892).

Les auteurs désignent sous ce nom une manifestation névropathique singulière, la peur du contact. Ils l'ont observée chez un homme de 58 ans. Le 22 mars 1891, il est pris de paralysie avec troubles de la parole; le 2 avril, à son entrée à l'hôpital, on ne constate que de l'aphasie sans hémiplégie.

Même accident le 20 décembre; bégaiement, aphasie; difficulté pour lire et écrire. On pensa un moment à de la paralysie générale.

Le phénomène intéressant est le suivant : depuis l'époque la plus lointaine qu'il se rappelle, il éprouve un tressaillement dès qu'on s'approche de lui; il se recule si on lui tend la main; il éprouve une anxiété profonde dès que quelqu'un entre dans la salle. Il n'a peur que du contact à venir; une fois qu'on lui tient la main, l'hésitation diminue. Sensibilité cutanée intacte. Il n'est pas chatouilleux.

Le malade passe pour mal équilibré; sa femme est très nerveuse. Sur 8 enfants qu'il a eus, trois survivent, dont une fille très nerveuse, un fils ayant la même peur des contacts. Son père semble avoir eu la même affection. Un frère du malade est mort fou; une nièce est faible d'esprit; deux neveux alcooliques.

Weill et Lannois considèrent leur malade comme un dégénéré héréditaire, présentant une variété spéciale d'obsession, l'aphéphobie. A. C.

Influenza and neurosis, par SAVAGE (*Journ. of ment. sc., juillet* 1892).

Les complications nerveuses de l'influenza sont bien plus fréquentes que celles des fièvres continues, et les désordres qui en résultent diffèrent notablement de ceux qui accompagnent ces fièvres. Elles ressemblent beaucoup à celles qu'on observe dans la diphtérie, bien que, par

certains côtés, elles présentent de l'analogie avec celles qui dépendent de la syphilis ou de l'empoisonnement par le plomb. Le système nerveux n'est atteint que lorsqu'il est rendu plus susceptible par le fait de l'hérédité ou de maladies acquises. La sénilité, l'alcoolisme, la syphilis constitutionnelle, les maladies mentales antérieures, les névroses en général, sont autant de causes prédisposantes. Les troubles mentaux, manie ou mélancolie, par exemple, se reproduisent chez les mêmes sujets, comme s'ils étaient provoqués par toute autre cause. L'insomnie est ce que Savage a le plus fréquemment observé; puis viennent les névralgies et les paralysies, soit sous forme de paralysie générale, de paraplégie, ou de paralysie des membres inférieurs en même temps que de la vessie et du rectum. En outre, on observe diverses formes de maladies mentales; tel est le délire qui procède de l'élévation de température, de même que la manie aiguë et la folie hallucinatoire. Comme phénomène consécutif à l'influenza, c'est la mélancolie qui a paru le plus fréquente ; on a noté aussi des cas d'épilepsie. Quant aux sujets, atteints déjà de maladie mentale, qui ont été pris d'influenza, on a pu quelquefois noter chez eux un certain changement. Pour quelques-uns, il y a eu atténuation momentanée des symptômes. DESCOURTIS.

Des troubles psychiques dans le goitre exophtalmique, par BOETEAU (*Thèse de Paris* 1892).

Le goitre exophtalmique s'accompagne presque constamment de modifications psychiques. Ces modifications, sous quelque forme qu'elles se produisent, sont, par leur nature, indépendantes du goitre exophtalmique lui-même. Elles ne sont que des manifestations de psychoses diverses associées au goitre. On doit distinguer celles qui sont vraiment imputables à la neurasthénie et celles qui se produisent sous l'influence des maladies mentales surajoutées. Elles sont susceptibles de revêtir toutes les formes les mieux constituées de l'aliénation mentale. Leur facteur étiologique prépondérant est l'hérédité nerveuse. Ces états pathologiques différents, qui se montrent simultanément chez le même sujet, gardent leur autonomie et leurs caractères propres. Chacun d'eux conserve son pronostic propre et relève de la thérapeutique qui lui est spéciale. DESCOURTIS.

The influence of surroundings on the production of insanity (L'influence du milieu ambiant sur la production de la folie), par SAVAGE (*Journ. of ment. sc., octobre* 1891).

Savage s'est proposé un double but, dans ce travail. D'abord, il a voulu protester contre l'opinion généralement admise, qui consiste à voir dans presque tous les cas de folie l'influence directe de l'hérédité névropathique. En second lieu, il a voulu mettre en lumière ce fait, que le nombre des cas de folie dus aux circonstances extérieures justifie un traitement basé sur ces circonstances mêmes, beaucoup plus que sur l'usage de préparations pharmaceutiques ; ce traitement est plus rationnel et plus efficace.

En effet, la folie se présente fréquemment dans des familles où l'on ne peut découvrir aucune tare névropathique, et, dans ce cas, on ne peut accuser que les circonstances extérieures. La paralysie générale,

par exemple, se développe parallèlement aux difficultés de la vie sociale. En outre, il suffit de se rappeler que l'éducation est basée sur l'influence des habitudes et des circonstances extérieures, pour se convaincre que celles-ci peuvent créer des criminels et même des aliénés. La mère, préoccupée de la santé de son enfant, a facilement des hallucinations à son sujet. Le fugitif ou l'agent de police sont disposés à se méfier de tout le monde, et sont plus exposés que d'autres à avoir un délire en rapport avec leurs préoccupations. Le célibat, l'emprisonnement cellulaire peuvent faire naître le délire. La profession médicale rend plus accessible aux idées hypochondriaques. L'oisiveté, le repos, chez les gens qui ont mené une existence active, sont des causes fréquentes de mélancolie, d'hypochondrie, et peuvent mener au suicide, etc.. Il résulte de tous ces faits qu'il ne faut pas accepter sans réserves les théories de l'école anthropologique actuelle qui fait jouer un rôle trop important à l'hérédité, et que les circonstances extérieures, le milieu ambiant, exerçant une influence manifeste dans la genèse de la folie, c'est encore à elles qu'il faut s'adresser pour la prévenir et pour la soigner. DESCOURTIS.

Sur les hallucinations, et en particulier sur les hallucinations verbales psycho-motrices, dans la mélancolie, par SÉGLAS et LONDE (*Arch. de neurol., mars et mai* 1892).

Les hallucinations verbales psycho-motrices existent chez les mélancoliques ; elles semblent être chez eux très fréquentes et constituer un des caractères importants de leur état mental avec lequel elles cadrent bien. Elles peuvent être prises, à un examen superficiel, pour des hallucinations verbales auditives et peut-être celles-ci seraient-elles considérées comme plus rares si avant de les admettre on éliminait la possibilité des voix intérieures, des illusions et des interprétations délirantes.

D'une façon générale, l'état mental du mélancolique n'est pas propre au développement de l'hallucination verbale auditive ; quand celle-ci existe et imprime de même un caractère spécial au tableau clinique, il y a lieu de rechercher si la mélancolie n'est pas associée à une autre maladie mentale. L'étude des hallucinations psycho-sensorielles chez les mélancoliques conduirait peut-être à rejeter du groupe des mélancolies pures celles qui sont accompagnées d'hallucinations et c'est ainsi que l'on tend aujourd'hui à distinguer la stupeur hallucinatoire de la stupeur proprement dite. DESCOURTIS.

Délire chronique, par MAGNAN et PÉRIEUX (*Vol. in*-18 *Paris*, 1892).

Il existe des malades qui, dans le cours d'une évolution délirante fatale, parcourent lentement quatre étapes successives d'inquiétude, de persécution, de grandeur et de démence. Dans ce cas, il faut tenir compte pour la détermination des espèces cliniques, non point seulement de l'aspect symptomatique du malade, mais de l'évolution de la vésanie. Les formes pathologiques prétendues distinctes et décrites sous le nom de démonopathie, de délire mystique, de mégalomanie, de délire de persécution, de théomanie, ne doivent plus être qu'autant d'étiquettes symptomatiques, marquant les étapes successives d'une même affection qu'on ne peut laisser confondue au milieu des autres

psychoses évoluant sur un terrain de dégénérescence. Dans le délire chronique, il y a incurabilité, tandis que dans le groupe des dégénérés l'accès délirant peut être curable. DESCOURTIS.

Héréditaires dégénérés, par MAGNAN (*Arch. de neurol.*, *mai* 1892).

Chez certains sujets, dont l'intelligence est parfaite, l'état moral est défectueux ; chez d'autres, l'état moral est parfait, mais certaines aptitudes intellectuelles, certaines facultés font entièrement défaut. Enfin un troisième groupe comprend des individus, qui, à l'état ordinaire, sont bien pondérés, intelligents et moraux, mais chez lesquels, sous l'influence de la moindre fatigue, la déséquilibration apparaît avec ses défectuosités intellectuelles ou morales.

Magnan rapporte ensuite l'observation d'un jeune homme de 21 ans, héréditaire dégénéré, qui se fit un jour arrêter sur un banc, pendant que, d'un coup de ciseaux, il détachait de son bras gauche un large fragment de peau. Quand il voyait une jeune fille à la peau fine et blanche, il était obsédé par l'idée de mordre et de manger cette peau. Pour résister à cette obsession, il devait beaucoup lutter, et, pour ne pas succomber, il tournait sa rage contre lui-même et se coupait la peau. L'acte de mutilation s'accompagnait d'éréthisme génital et était suivi d'un grand soulagement. DESCOURTIS.

Un cas d'asphyxie locale symétrique intermittente des extrémités chez un lypémaniaque, par TARGOWLA (*Ann. méd. psych.*, *mai-juin* 1892).

Homme, de 38 ans, placé à l'asile pour un état de dépression mélancolique avec impulsion au suicide, est réclamé par ses parents, fait deux tentatives de suicide en avalant de la morphine et du sublimé; replacé à l'asile avec les mêmes symptômes de lypémanie avec idées de suicide. Hérédité psychopathique; à 20 ans, ictère généralisé; un an plus tard, attaques de rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois; seconde attaque de rhumatisme; à 29 ans chancre induré; à 36 ans, début de l'affection mentale, mais, un an auparavant, premiers symptômes d'asphyxie locale sans alternance ni rapport apparent avec le trouble mental. Sous l'influence du froid, d'une impression tactile quelconque, ou sans cause connue, les doigts des deux mains, à l'exception du pouce, deviennent livides, puis blancs, d'une teinte cadavérique; ils sont froids, insensibles; sans force, mais l'accès ne s'accompagne d'aucune douleur. Au bout d'un temps variable, qui varie de quelques minutes à une demi-heure, la fin de l'accès est annoncée par une coloration violacée, qui peu à peu fait place à la coloration normale des doigts. Les accès ont lieu deux ou trois fois et plus dans la journée. Ils semblent devoir être rattachés, comme la lypémanie, à des troubles vaso-moteurs. DESCOURTIS.

Hallucinations persistantes de la vue chez un dément, par CHRISTIAN (*Ann. méd. psych.*, *juillet* 1892).

Homme, 59 ans, employé de banque, n'ayant pas fait d'excès, sans antécédents héréditaires pathologiques, éprouva de l'affaiblissement mental, à dater du jour de la mort de sa femme, en 1885. Entré à Charenton, 2 ans plus tard, à la suite d'insomnies, d'hallucinations et d'idées de persécutions, il y resta 5 ans, réduit à une existence végétative, se levant peu, et tourmenté par des hallucinations de la vue, qui persistèrent toutes les nuits, sans interruption ni modification jusqu'à la fin. Ces hallucinations, nettes et

distinctes, étaient généralement terrifiantes et s'accompagnaient parfois d'hallucinations de la sensibilité générale, mais jamais on n'observa d'hallucination de l'ouïe. Après divers incidents pathologiques, hémoptysies, troubles gastriques, éruptions érythémateuses, il s'affaiblit graduellement et s'éteignit d'une façon subite. A l'autopsie, on trouva une tumeur pédiculée du volume d'un œuf de poule, remplissant la selle turcique, et aplatissant les nerfs optiques contre leur gouttière, les tubercules quadrijumeaux et le chiasma. Cette tumeur, parfaitement symétrique et développée dans la glande pituitaire, a provoqué les hallucinations de la vue par compression de voisinage, ce qui fournit un exemple très net d'hallucinations dues à une cause périphérique. On n'avait pas soupçonné la présence de cette tumeur pendant la vie. DESCOURTIS.

Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements : folie du doute avec délire du toucher, par F. RAYMOND et ARNAUD (*Ann. méd. psych., juillet et septembre* 1892).

F. Raymond et Arnaud n'admettent pas la folie du doute avec délire du toucher, comme l'a décrite Legrand du Saulle et comme la comprennent encore beaucoup d'auteurs. Ils s'appuient sur trois observations détaillées et sur une revue critique de la matière, pour démontrer que les deux ordres de phénomènes, folie du doute et délire du toucher, offrent les mêmes caractères, supposent la même lésion initiale et reposent sur un fonds commun qui en est la condition et la raison d'être. Ils résultent, les uns et les autres, de l'altération des éléments moteurs communs à l'intelligence et à la volonté; par conséquent, ils ne sauraient être envisagés comme deux maladies différentes. Ils doivent primitivement coexister, dans la plupart des cas, sinon à l'état de formule précise, au moins comme disposition générale de l'intelligence et de la volonté. En un mot, ces deux groupes de symptômes seraient comme les deux branches d'un même tronc; il y aurait entre eux non pas un rapport de subordination et de dépendance logique, ainsi que le pensait Legrand du Saulle, mais une relation pathologique et de simultanéité.

Chez ces malades, l'état général est constitué par l'émotivité, l'hésitation psychomotrice et la neurasthénie. Ces groupes de symptômes se pénètrent plus ou moins, mais ils ne se confondent pas. Ils portent sur les éléments moteurs communs à l'intelligence et à la volonté, et déterminent, dans chacune des opérations mentales, des symptômes de même ordre : hésitation intellectuelle produisant le doute, hésitation de la volonté produisant l'aboulie, hésitation et difficulté des mouvements musculaires et des actes. Quant aux symptômes variables, ils sont dus à l'exagération de l'instabilité psycho-motrice, et consistent en obsessions, en impulsions, en idées fixes et en certaines bizarreries des actes.

DESCOURTIS.

Gall-stones in the insane (Calculs biliaires chez les aliénés), par BEADLES (*Journ. of ment. sc., juillet* 1892).

Les calculs biliaires sont très fréquents chez les femmes avancées en âge. Beadles pense même qu'on les rencontre plus souvent chez les aliénés et que la folie peut avoir une influence sur leur formation. Dans cinquante autopsies qu'il a pratiquées personnellement à Colney-Hatch, il

a rencontré 18 fois des calculs biliaires, c'est-à-dire dans une proportion de 36 0/0 des cas. On ne possède pas de statistique précise concernant la proportion des calculs biliaires suivant l'âge et le sexe, mais le nombre donné par les auteurs ne dépasse pas, 2, 3 et 6 0/0. En admettant que dans les asiles de vieilles femmes cette proportion soit plus grande, le chiffre de 36 0/0 n'en resterait pas moins très élevé. Les 18 femmes chez lesquelles on a trouvé des calculs biliaires sont mortes d'affections cardiaques, des suites de l'influenza, et, en plus grand nombre, de pneumonie. Onze des malades avaient plus de 60 ans et la plus jeune en avait 42 ; l'âge moyen était de 65 ans. Aucun symptôme n'avait révélé l'existence de ces calculs pendant la vie. Quant à la formation des calculs biliaires en général, on a invoqué tour à tour la suralimentation, les habitudes sédentaires, la constipation, les aliments sucrés et les boissons fermentées, les préoccupations, la mélancolie, ce qui justifierait la proportion observée ici, étant donné surtout que les aliénés sont particulièrement sujet aux affections catarrhales des voies digestives.

DESCOURTIS.

De l'état anatomo-pathologique des valvules du cœur dans l'alcoolisme aigu, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord*, nº 15, *p.* 361, 1891).

Chez les animaux morts en état d'alcoolisme aigu, les valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes droites sont le siège d'un état œdémateux et d'une rougeur fort marquée.

Chez une femme, morte à la suite d'excès alcooliques prolongés pendant 4 ou 5 ans, en outre de diverses lésions (foie gras, rein dégénéré, tuberculose pulmonaire peu avancée, etc.), les bords libres des valvules mitrale et tricuspide sont rouges, œdémateux dans toutes leurs franges et même aux points d'attache des tendons papillaires; les valvules sigmoïdes droite et gauche sont rouges dans leur totalité ; moins cependant au bord que vers le centre et à leurs points d'insertion; cette rougeur se rencontre également sur l'aorte. Le lavage à grande eau ne fait disparaître et n'atténue même pas cette coloration.

La rougeur, qui n'est pas sans intérêt au point de vue médico-légal, est due à l'action irritante locale de l'alcool véhiculé en nature dans l'économie. Les valvules gauches sont moins atteintes parce que le poumon a pu intervenir pour éliminer par la respiration une partie de l'alcool circulant dans le sang.

LEFLAIVE.

L'intoxication alcoolique expérimentale et la cirrhose de Laënnec, par LAFFITTE (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans cette intoxication expérimentale, le foie des animaux diffère de la cirrhose atrophique humaine; il est tuméfié, congestionné, lisse, non induré. Il n'y a ni phlébite, ni artérite. L'altération cellulaire domine, atrophie progressive et étouffement des travées qui sont à la fois comme nécrosées et comprimées par des ectasies capillaires ou des hémorragies interstitielles. La trame conjonctive est indemne, ou présente de légers signes irritatifs inconstants, et peut-être liés à des altérations gastriques. L'abus des boissons alcooliques ne semble donc pas être la cause unique de la cirrhose de Laënnec. Ce que l'on sait de l'action du plomb sur le foie, doit faire chercher dans tous les cas la

possibilité d'une influence plombique. De même toute ulcération gastro-intestinale peut favoriser l'émigration bactérienne vers le foie et des irritations conjonctives. GIRODE.

Lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la paralysie générale par KLIPPEL (*Arch. de méd. expér.*, *IV*, 4).

Ces altérations sont de divers ordres. Souvent elles précèdent l'éclosion de la paralysie générale. Ce sont alors des scléroses viscérales ou artérielles, toxiques ou diathésiques ; ou bien, il s'agit de localisations infectieuses, syphilitiques ou tuberculeuses. Ailleurs les lésions sont liées à l'influence du système nerveux altéré par la paralysie générale et se manifestent sous la forme d'ectasies capillaires, de congestions, œdèmes ou hémorragies dans le rein, le foie et le poumon. Il existe encore des lésions de marasme et d'inanition, dégénérescences viscérales graisseuses, congestions passives. Enfin, on note souvent, à titre de complications préterminales, des infections secondaires dues au pneumocoque, au streptocoque, au staphylocoque ; celles-ci sont favorisées par la déchéance organique, ou plus directement par certaines lésions cutanées, eschares, etc... C'est au deuxième groupe d'altérations, liées au désordre même du système nerveux, qu'il convient d'accorder la plus grande attention. Elles se développent essentiellement par le mécanisme de la vaso-paralysie, et entraînent des hémorragies, des compressions, des infiltrations pigmentaires, des dégénérescences atrophiques, des épithéliums, des flux, des tumeurs sanguines (othématome). Les centres vaso-moteurs correspondants sont lésés. GIRODE.

Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce, par J. M. CHARCOT et DUTIL (*Arch. de neurol.*, *mars* 1892).

Ce jeune garçon est l'un des trois survivants de 18 enfants, sans antécédents névropathiques héréditaires bien accusés, sauf l'alcoolisme du père. A l'âge de 3 ans, rougeole bénigne ; a marché et parlé de bonne heure, pas de convulsions ni d'accidents névropathiques ; intelligent, bon élève, jusqu'à l'âge de 14 ans. A partir de ce moment, sans cause connue, arrêt du développement physique; sous l'influence de la périencéphalite diffuse, affaiblissement des facultés intellectuelles, modification du caractère, apathie, hébétude, et, finalement, démence tranquille. On note tous les symptômes de la paralysie générale, le tremblement de la langue et des lèvres, l'embarras de la parole, le tremblement menu, vibratoire des deux mains, l'inégalité pupillaire ; enfin, des fourmillements qui se montrent de temps à autre en maintes régions du corps, mais qui, parfois, se produisent sous forme d'épilepsie sensitive. La maladie était arrivée à ce degré en deux ans.

DESCOURTIS.

Some unusual cases of general paralysis, par Bradley FOX (*Journ. of ment. sc.*, *juillet* 1891).

1° Paralysie générale, développée rapidement chez un homme de 35 ans, syphilitique ; délire ambitieux, agitation violente, voies de fait sur l'entourage du malade ; au bout de deux mois l'agitation avait beaucoup diminué, il y avait un peu de lucidité dans les idées ; puis rémission complète après six mois de séjour et sortie de l'asile ;

2° Paralysie générale, intéressante seulement par son étiologie, le malade,

d'une bonne santé habituelle étant tombé sur la tête par une trappe, et l'affection ayant débuté trois jours plus tard par de l'irritabilité du caractère, puis excitation et tous les symptômes ordinaires ;

3° La paralysie générale était associée au tabes.

Dans un quatrième cas la maladie était accompagnée de conceptions délirantes de nature triste, qui ont rendu le diagnostic difficile au début.

DESCOURTIS.

On certain microscopical changes... (Modifications histologiques des nerfs des membres dans la paralysie générale), par W. RUXTON et Edwin GOODALL (*Brain, LVII, p.* 241, 1892).

Les recherches de Ruxton et Goodall ont porté sur 9 cas de paralysie générale confirmée, chez des individus d'âge moyen, non syphilitiques. Sur les nerfs du membre supérieur (médian et cubital) et du membre inférieur (tibial postérieur), on a trouvé constamment des lésions de névrite interstitielle avec épaississement du périnèvre et du stroma interfibrillaire, prolifération vasculaire et multiplication de leurs noyaux, enfin, lésions régressives de la myéline et du cylindraxe. Il existe également de fréquentes oblitérations des vaisseaux capillaires dans l'intimité des nerfs et dans leur voisinage. Pareille lésion a été constatée à plusieurs reprises sur les capillaires de la pie-mère et de l'écorce cérébrale.

H. R.

Syphilis et paralysie générale, par F. RAYMOND (*Bulletin méd.*, 13 *avril* 1892).

Raymond rapporte brièvement l'observation de 4 malades atteints de paralysie générale et ayant été tous les 4 antérieurement syphilitiques; 2 d'entre eux sont des alcooliques; pour aucun l'hérédité ne paraît devoir être invoquée. A l'occasion de ces faits, il rappelle les travaux parus sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, et la conclusion qui s'en dégage, c'est-à-dire que les lésions syphilitiques du cerveau, sclérose ou gomme, artérite, méningite, etc., peuvent, en raison de leur siège, déterminer des symptômes qui ressemblent à s'y méprendre à ceux de la paralysie générale.

Aussi, en pareil cas, le traitement antisyphilitique constitue une pierre de touche, non absolue il est vrai, mais qu'on ne doit cependant jamais négliger.

Raymond s'occupe ensuite des lésions que la syphilis peut faire éclore dans les centres nerveux (lésions syphilitiques proprement dites et lésions banales); il les interprète et les juge en faisant intervenir dans sa discussion clinique l'opinion des différents auteurs français et étrangers, puis il conclut :

1° Que toutes les paralysies générales ne relèvent pas de la syphilis;

2° Que la syphilis agissant sans doute par l'intermédiaire des toxines sécrétées par les bactéries pathogènes, peut engendrer la paralysie vraie;

3° Que la syphilis peut par ses manifestations simuler la paralysie, d'où la nécessité du traitement spécifique et l'examen prolongé du malade;

4° Que la paralysie générale syphilitique a une marche beaucoup plus

lente que la paralysie générale ordinaire, et est moins sujette à rémission. OZENNE.

The surgical treatment of general paralysis of the insane, par John MACPHERSON et David WALLACE (*Brit. med. j.*, *p.* 167, 23 *juillet* 1892).

Relation de 5 observations de paralytiques généraux, soumis à la trépanation, d'après la méthode de Bevan Lewis. Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Chirurgicalement, les opérations ont toutes réussi, sans donner lieu à un seul accident. Médicalement il y a eu dans tous les cas une amélioration immédiate des symptômes cérébraux, durant de une à trois semaines, et liée probablement à la soustraction du liquide céphalo-rachidien, ainsi qu'à la diminution de la pression sanguine. Mais à mesure que la dure-mère tend à s'épaissir et à se cicatriser, les troubles cérébraux reparaissent, même quand il ne se produit pas des adhérences sous-arachnoïdiennes. Somme toute, le bénéfice déterminé par l'opération est essentiellement transitoire, et chez aucun malade la marche de la paralysie progressive n'a été enrayée. H. R.

Recherches sur l'albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques, par J. VOISIN et A. PÉRON (*Arch. de neurol.*, *mai* 1892).

L'albuminurie post-paroxystique se trouve dans la moitié des cas des épileptiques. Elle se rencontre dans tous les modes de l'épilepsie, aussi bien après les accès rares qu'après les accès en série. A la suite des vertiges et du délire, elle paraît exister également, mais sur ce point les observations de Voisin et Péron ont besoin d'être multipliées et étudiées à nouveau. L'état de mal épileptique paraît toujours être accompagné d'albuminurie. La présence de l'albumine, dans certain cas, pourrait être une cause d'erreur de diagnostic avec l'éclampsie. Enfin, l'albuminurie chez les épileptiques est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité. Elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face ; d'où l'on peut déduire des considérations physiologiques spéciales au point de vue de la pathogénie de cette albuminurie. DECOURTIS.

Épilepsie, par FÉRÉ (*In*-8°, *Paris* 1892).

Féré reconnait qu'un traité complet serait nécessaire pour étudier à la fois les épilepsies et les épileptiques. Mais ici, il a limité sa description, et a considéré principalement les syndrômes épileptiques au point de vue clinique. C'est ainsi qu'il décrit successivement les troubles moteurs, sensitifs et sensoriels, viscéraux et psychiques. Dans l'épilepsie générale, on constate les phénomènes d'aura, puis les trois périodes de la grande attaque, période tonique, période clonique et période de stertor. Dans les paroxysmes incomplets de l'épilepsie, on observe les vertiges, les absences, les secousses, etc.. Féré étudie aussi l'épilepsie partielle et décrit à ce propos la migraine ophtalmique, qu'il considère comme un type d'épilepsie partielle sensorielle. Il passe en revue les caractères anatomiques et physiologiques des épileptiques, leur état mental, l'étio-

logie de la maladie, etc. Il a utilisé les recherches les plus récentes pour établir la physiologie pathologique de l'épilepsie. Pour lui, la théorie corticale peut expliquer tous les phénomènes moteurs, et, seule, peut rendre compte des paroxysmes psychiques, des auras intellectuelles, des modifications affectives brusques qui annoncent l'attaque. Les centres corticaux donnent le signal de l'explosion qui se répercute dans les centres inférieurs. DESCOURTIS.

Des épilepsies partielles sensitives, par PITRES (*Arch. clin. Bordeaux, janvier* 1892).

Pitres rapporte l'observation de deux malades, chez lesquels il a reconnu les symptômes de l'épilepsie partielle sensitive, dont les caractères sont les suivants :

Les accès débutent ordinairement par une sensation d'engourdissement douloureux qui, de l'extrémité d'un membre, s'étend en général au membre tout entier, puis à toute une moitié du corps et quelquefois se généralise. Cette sensation peut être accompagnée de sensations visuelles, olfactives, auditives ou gustatives variées, parfois de perte de connaissance et de secousses musculaire à type Jacksonien.

D'une durée d'une dizaine de minutes de fréquence très variable, ces accès disparaissent sans laisser de traces ou sont suivis de céphalée, de stupeur cérébrale, d'aphasie et quelquefois de paralysies partielles des membres.

Tantôt ils dépendent d'un processus inflammatoire ou néoplasique du cerveau, tantôt d'un trouble purement fonctionnel des centres nerveux. Graves dans le premier cas, ils sont bénins dans le second ; dans cette dernière circonstance, l'application de vésicatoires circulaires au-dessus du point de départ des auras périphériques, est le moyen de traitement le plus efficace. OZENNE.

On the origin and seat of epileptic disturbance (**Origine et siège des désordres de l'épilepsie**), **par Victor HORSLEY** (*Brit. med. journ., p.* 693, 2 *avril* 1892).

De l'analyse des faits cliniques et d'expériences physiologiques récentes, Horsley tire les conclusions suivantes :

Quelque soit le point qui d'abord est impressionné par l'excitation épileptogène, le siège principal du trouble fonctionnel et de la convulsion réside dans les hémisphères cérébraux plutôt que dans le cervelet et le bulbe, ou de préférence au niveau de l'écorce, que s'accomplissent les phénomènes. Pendant l'accès l'écorce est bien plutôt congestionnée qu'anémiée, c'est vraisemblablement la zone motrice corticale qui est le point de départ direct ou réflexe de la convulsion. H. R.

Sleep movements of epilepsy, par J. W. PUTNAM (*Journal of nervous and mental diseases, p.* 599, *août* 1892).

Putnam a remarqué que certains épileptiques, quand ils dorment, ont une tendance à remuer soit un bras, soit une jambe, toujours les mêmes; il ne s'agit d'ailleurs pas là d'un phénomène général dans l'épilepsie, mais bien d'un phénomène spécial à certains sujets. Il pense que cette agitation d'un membre pendant le sommeil tient à ce que les centres

supérieurs de ce membre se trouvent par le fait de l'épilepsie dans un état d'irritation qui fait que, même pendant le sommeil, il se produit des mouvements de ces membres. On pourrait donc utiliser cette notion dans un but de localisation. PIERRE MARIE.

Épilepsie ancienne d'origine traumatique, trépanation, par MAUNOURY et CAMUSET (*Arch. de neurol., juillet* 1892).

Jeune homme, exempt d'hérédité névropathique, mais ayant eu une convulsion unique dans l'enfance, reçoit à l'âge de 14 ans un coup de pied de cheval qui produit une fracture du crâne au niveau de la région antéro-supérieure droite. Trois mois après l'accident, il devient épileptique.

L'épilepsie marche toujours en s'aggravant, jusqu'à l'âge de 23 ans, époque où le sujet est en démence épileptique, et présente une quinzaine de grandes attaques convulsives tous les mois. La cicatrice osseuse devant comprimer les deux premières circonvolutions frontales droites ainsi qu'une partie de la frontale ascendante, on applique trois couronnes de trépan, on régularise l'ouverture et on constate une compression réelle, qu'on fait ainsi disparaître. Accidents de fièvre, d'agitation et de manie intense, après l'opération. Les accidents disparaissent, mais les attaques, plus fréquentes le premier mois, redeviennent ensuite ce qu'elles étaient avant l'opération. Pas de modification dans la démence. DESCOURTIS.

Die Neurotomie des Sympathicus in ihrem Einflusse... (La résection du sympathique et son influence sur l'épilepsie), par R. JAKSCH (*Wien. med. Wochenschr. n°s* 16 *et* 17, 1892).

En allant mettre à découvert l'artère vertébrale pour la lier, suivant le mode de traitement préconisé par Alexander pour l'épilepsie, il est impossible de ne pas léser les rameaux sympathiques que l'on rencontre. De plus l'artère est accompagnée d'un riche plexus nerveux que l'on peut considérer comme une branche profonde du sympathique cervical. C'est à la section de ces nerfs qu'il faut attribuer la guérison de l'épilepsie par la méthode d'Alexander.

Jaksch conseille, dans certains cas d'épilepsie ayant un point de départ gastro-intestinal ou génital : 1° de reséquer une portion du cordon sympathique cervical au-dessus du ganglion inférieur ; 2° de lier en masse les vaisseaux vertébraux à leur entrée dans le canal apophysaire pour atteindre aussi complètement que possible les rameaux nerveux qui les accompagnent et qu'on ne saurait isoler.

Il a obtenu ainsi sur deux cas traités deux guérisons persistantes sans autre inconvénient qu'un rétrécissement permanent de la pupille et un retrait du globe oculaire droit. LEFLAIVE.

Zur operativen Behandlung der Epilepsie, par KÜMMELL (*Deutsche med. Woch., n°* 23, *p.* 526, 1892).

La ligature des artères vertébrales pratiquée pour guérir l'épilepsie par William Alexander à Liverpool, Sydney Jones, Bernays, Roman von Baracz, a fourni, sur 45 cas, 8 résultats définitivement favorables, 11 améliorations, 19 insuccès. 3 opérés ont succombé. L'opération est longue et difficile.

Kümmell a lié successivement les deux artères vertébrales chez un

épileptique de 16 ans, et chez un de 26 ans; amélioration passagère seulement.

Il a extirpé, chez une femme de 46 ans, épileptique depuis 15 ans, le ganglion cervical supérieur gauche. Au bout de 8 jours, les phénomènes pupillaires, la congestion faciale et l'hypersécrétion nasale du côté gauche, provoqués par l'opération, ont disparu, mais les attaques se sont manifestées de nouveau.

Trois fois il a traité l'épilepsie jacksonienne par la trépanation suivie de l'extirpation du foyer cortical; deux succès complets, une amélioration notable.

Une craniectomie d'après Lannelongue chez un microcéphale de 3 ans a réussi. L. GALLIARD.

I. — Chorée et érysipèle, par KOHOS (*Lyon médic., p.* 229, 16 *octobre* 1892).

II. — Traitement de la chorée et de l'épilepsie par des produits microbiens, par LANNOIS (*Ibidem, p.* 267, 23 *octobre* 1892).

III. — Traitement de l'épilepsie par les médicaments convulsivants, par PIERRET (*Ibidem, p.* 611, 28 *août* 1892).

I. — Enfant de 13 ans, atteint de chorée idiopathique depuis cinq semaines Survient un érysipèle de la face; les convulsions choréiques diminuent graduellement et l'enfant guérit à la fois de son érysipèle et de sa chorée.

II. — Lannois rapporte le cas d'un jeune épileptique qui a vu ses crises disparaître pendant la durée d'un érysipèle phlegmoneux et qui en présente, au contraire, jusqu'à 4 par jour sous l'influence d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital. Lannois a employé des injections sous-cutanées de culture filtrée de staphylocoque doré chez de jeunes choréiques qui ont rapidement guéri.

Chez l'épileptique dont il parle, les injections n'ont rien donné. Chez un autre, au contraire, qui avait subi deux trépanations, la dernière suivie d'érysipèle avec arrêt des crises pendant trois semaines, les injections ont amené une diminution des crises (de 8 à 2). Les injections sont bien tolérées à la dose de 2 et 4 centimètres cubes.

III. — Pierret pense que la belladone peut être employée dans l'épilepsie.

Chez beaucoup d'épileptiques vertigineux, la belladone en extrait, à doses variables, amène des attaques convulsives motrices franches. D'autre part, chez des épileptiques impulsifs, elle a déterminé des attaques motrices.

Mais cette action convulsivante a, malgré l'apparence contraire, des avantages, en canalisant, réglant pour ainsi dire les décharges nerveuses. Beaucoup d'épileptiques à forme larvée ou impulsive éprouvent, après les crises, un soulagement et une sorte d'amélioration générale.

A. CARTAZ.

Un cas d'épilepsie guérie par l'antipyrine, par Mc Call ANDERSON (*The Americ. J. of the med. sc., p.* 485, *mai* 1891).

Il s'agissait d'un malade âgé de 9 ans. L'arrêt des attaques était certainement dû à l'administration de l'antipyrine et, ce qui le démontrait clairement, c'est que l'arrêt persistait tant que la dose d'antipyrine était de 25 grains

pour reparaître quand on la réduisait à 20 et disparaître de nouveau quand on donnait de rechef 25 grains. Pour un enfant de 9 ans, la dose était forte; mais il ne faut pas oublier que chaque cas doit être traité suivant les indications qu'il présente et qu'on ne peut pas établir une règle générale à cet égard. La règle qu'a toujours suivie l'auteur consiste à commencer avec de petites doses, puis à aller progressivement en augmentant jusqu'à ce que le médicament commence à être mieux toléré ou que les symptômes commencent à s'atténuer, le patient étant d'ailleurs très soigneusement et à tout instant examiné. Il est un autre point très important, dans ce cas particulier: il faut pendant un long temps continuer l'administration de l'antipyrine, alors même que les attaques ont complètement disparu.

La raison qui a fait choisir l'antipyrine contre l'épilepsie est que celle-ci étant une névrose essentielle, il était à présumer que le pouvoir calmant de l'antipyrine sur le système nerveux, bien évident et bien puissant dans nombre de cas de chorée, aurait dans l'épilepsie un effet salutaire.

F. VERCHÈRE.

The surgical treatment of epilepsy, par B. SACHS (*N. York med. journ., p.* 197, 20 *février* 1892).

Le chirurgien peut améliorer un grand nombre de cas d'épilepsie. Il peut en guérir quelques-uns. Voici trois cas favorables se rapportant à l'épilepsie jacksonienne :

1° Garçon de 6 ans atteint d'hémiplégie droite et d'épilepsie jacksonienne; attaques reparaissant toutes les semaines. Le 29 décembre 1891, trépanation au niveau du centre du membre supérieur à gauche, rupture d'adhérences. Pas d'attaques pendant plusieurs mois;

2° Fille de 16 ans, hémiplégique et épileptique depuis la plus tendre enfance; convulsions du côté paralysé. Le centre du membre supérieur mis à nu paraît normal; on le respecte et on referme la plaie. Pas d'attaques pendant les cinq mois qui suivent l'opération ;

3° Homme de 32 ans, atteint depuis l'âge de 2 ans d'épilepsie unilatérale et d'hémiplégie. On suppose une hémorragie ancienne. Trépanation sur le centre brachial, incision de la dure-mère, décollement de la pie-mère qui est adhérente, scarification de l'écorce, rupture d'anciennes adhérences. Pas d'attaques pendant six mois à la suite de l'opération.

Les résultats sont meilleurs quand l'épilepsie est associée à la paralysie infantile que dans les cas de traumatismes cérébraux.

L. GALLIARD.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie, par BOURNEVILLE (*Compte rendu du service de Bicêtre pendant l'année* 1891, *Paris,* 1892).

La première partie contient un grand nombre de documents d'ordre administratif touchant les différentes catégories de malades qui composent le service, leur instruction, leur genre de vie, etc.... De même pour les enfants hospitalisés dans la fondation Vallée.

La seconde partie, consacrée à la clinique et à l'anatomie pathologique, fournit une collection de mémoires sur des sujets divers :

2° *Idiotie myxœdémateuse.*—Relevé du corps de Then... dit le Pacha. A l'occasion du transport d'un certain nombre de corps provenant de malades de son service hors du cimetière de Gentilly, l'auteur a remar-

qué que celui d'un idiot myxœdémateux, le Pacha, présentait une momification toute particulière.

4° *Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique double*, par Bourneville et Sollier. — Il y avait une atrophie bilatérale des deux circonvolutions motrices ascendantes, sans dégénération apparente dans les cordons latéraux de la moelle.

5° *Épilepsie, manie, exostose du fémur*, par Bourneville et Isch-Wall. — Cette exostose siégeait au niveau des deux trochanters qui se trouvaient à peu près réunis par elle; elle faisait une forte saillie en dedans.

6° *Idiotie complète, adénie, tuberculose généralisée*, par Bourneville et Raoult. — Il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire généralisée. Absence de la faux du cerveau, persistance du trou de Botal, existence d'un diverticule de Meckel.

7° *Porencéphalie vraie unilatérale.* — Il semble bien s'agir d'une lésion congénitale; malgré l'absence des circonvolutions motrices du côté droit, il n'existait pas de paralysie des membres du côté gauche, mais seulement un peu de parésie.

9° *Idiotie congénitale, glycosurie au cours d'une coqueluche*, par Bourneville et Banzet.

10° *Idiotie congénitale, épilepsie guérie, tuberculose primitive du rein gauche, tubercules du cerveau*, par Bourneville et Finet.

11° *Note à propos de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*, par Bourneville. — Insiste sur ce fait que, dans toutes les autopsies d'idiots qu'il a faites (sauf dans les cas d'hydrocéphalie), l'ossification des sutures du crâne était normale. PIERRE MARIE.

De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots, par Ernest TACQUET (*Thèse de Paris*, 1892).

Cette thèse a été faite sous l'inspiration de Bourneville. L'auteur commence par exposer l'évolution normale des phases par lesquelles passent les sutures crâniennes et conclut que, en examinant à ce point de vue les crânes du musée de Bicêtre, l'oblitération des sutures ne se fait pas plus prématurément chez les idiots que chez les sujets sains; que l'arrêt de développement du cerveau n'est nullement la conséquence d'un arrêt de développement de la boite osseuse; que la synostose ne se montre pas plus tôt sur la sagittale que sur la coronale, et que dans un grand nombre de cas la synostose commence au quart inférieur de la coronale alors que l'obélion est libre. Pour toutes ces raisons l'auteur repousse d'une façon catégorique les opérations chirurgicales ayant pour but de produire un débridement osseux. PIERRE MARIE.

Notes sur un cas de myxœdème traité par une greffe du corps thyroïde, par John MACPHERSON (*Edinburgh med. j., p.* 1021, *mai* 1892).

La greffe fut faite d'un corps thyroïde de mouton dans la région mammaire. La plaie ne se réunit pas par première intention et la suppuration persista longtemps.

Néanmoins, la greffe a fait disparaître les symptômes du myxœdème, c'est-à-dire que la peau est devenue mince et souple, et le cuir chevelu n'est plus

humide. La menstruation est revenue régulière. Mais des symptômes, à l'exception de la mélancolie et de la stupeur, plus ou moins constants depuis trois ans, ont à peu près disparu, entre autres une céphalalgie pénible, un état d'anémie profond. F. VERCHÈRE.

I. — A case of myxœdema... (Myxœdème traité par le massage et par les injections sous-cutanées du corps thyroïde de mouton), par Wallace BEATTY (*Brit. med. j., p.* 544, 12 *mars* 1892).

II. — A case of myxœdema treated by injection with extract of thyroid gland, par Ernest CARTER (*Ibidem*, 805, 16 *avril* 1892).

I. — Femme de 45 ans, souffrant depuis six ans de myxœdème. Gonflement de la face, qui est cireuse et anémique, paupières œdémateuses, lèvres épaissies, doigts tuméfiés, peau des mains et des pieds épaisse et rugueuse. Absence du corps thyroïde, qui paraît atrophié. Menstruation irrégulière. Sang pauvre : 70 0/0 d'hémoglobine par rapport à la proportion normale.

On soumet la malade à un massage méthodique, qui amène une réelle amélioration; les règles redeviennent régulières et la face est moins gonflée; le sang renferme 75 0/0 d'hémoglobine. Mais cette amélioration reste stationnaire et ne progresse pas. On pratique alors des injections sous-cutanées avec une solution de glycérine phéniquée, mélangées à parties égales, d'extrait de corps thyroïde de mouton. Les extraits de cinq corps thyroïdes ont été ainsi successivement injectés, au grand bénéfice de la malade. La guérison fut obtenue complètement en trois mois.

II. — Femme âgée de 43 ans, atteinte de délire, d'excitation cérébrale, idées de persécution alternant avec des périodes d'apathie. Symptômes de myxœdème, épaississement des mains et des pieds, cyanose des lèvres, sécheresse de la peau, etc. Le corps thyroïde paraît complètement atrophié. La parole est lente, scandée, embarrassée ; menstruation nulle.

Le 21 octobre, première injection avec 25 millièmes d'extrait de corps thyroïde du veau. A partir du 29 octobre jusqu'au 7 février, deux fois par semaine, injections d'extrait de corps thyroïde de porc. Au bout de la quatrième injection, la malade est plus calme et moins délirante ; à la sixième, la peau redevient moite et le cyanose des lèvres diminue. Au bout de deux mois, son état mental et général était infiniment meilleur; cependant, malgré la conservation de l'appétit, la malade avait continué à perdre régulièrement de son poids. H. R.

MÉDECINE LÉGALE

L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale, par Emile DORTEL (*Thèse de Paris*, 1891).

Le criminel-né, tel que l'a conçu et décrit Lombroso, n'existe pas: aucun caractère anthropologique nettement défini n'a pu lui être reconnu. Des anomalies par lesquelles il a cru pouvoir le distinguer, il n'en est aucune de premier ordre qui soit congénitale, comme l'exigerait la

théorie : elles sont le plus souvent imputables à des processus pathologiques banaux. Les caractères psychiques loin de préexister à la criminalité sont au contraire, pour la plupart, la conséquence de la vie de prison ou de la pratique du crime.

Le criminel n'est ni un fou, le fou moral, ni un épileptique à impulsions nocives. Mais le crime peut être un épiphénomène, un accident dans la vie des fous, des épileptiques, des êtres sur qui pèsent des tares de déchéance variables, ou même des êtres indemnes de toute tare. Certaines influences en favorisent l'évolution sans en être la condition nécessaire et sans qu'il en soit lui-même la conséquence fatale. Elles relèvent de causes morbides héréditaires ou personnelles qui constituent les vraies tares psychiques du criminel.

La responsabilité varie suivant le nombre, la gravité et l'âge de ces tares. Mais l'expert doit, pour la juger, se souvenir avant tout qu'il est un médecin et qu'il est un expert ; à ce titre, n'affirmer que des choses exclusivement médicales, et placées décidément en dehors de toute controverse. (*R. S. M.*, V, 213 ; VI, 570 ; XII, 618 ; XVII, 225 ; XVIII, 222 ; XX, 240 et 242 ; XXIV, 269 ; XXV, 519 ; XXXIII, 592 et XXXIV, 722.)

J. B.

Some points connected with criminals (Quelques considérations sur les criminels), par John BAKER (*Journ. of ment. sc., juillet* 1892).

On peut diviser les criminels en quatre catégories :

1° Les criminels par occasion, qui sont sains d'esprit ;

2° Les criminels de naissance ou par habitude, dont l'intelligence est intacte, mais dont le sens moral est plus ou moins perverti ;

3° Les criminels qui le sont naturellement, et qui, à un degré plus ou moins élevé, présentent des défectuosités intellectuelles et morales ;

4° Les criminels aliénés. Ce sont ceux de la seconde et de la troisième catégorie qui prêtent le plus aux examens médico-légaux, pour établir jusqu'où va leur responsabilité. Dans les prisons, ces criminels se conduisent mal, sont une cause de trouble permanent et simulent volontiers la folie. On ne doit cependant pas les juger comme irresponsables, suivant la théorie de l'école italienne, sous prétexte qu'ils répondent à un type distinct, résultant de la combinaison de particularités physiques et mentales, qui en font des fous moraux dont la place est dans les maisons d'aliénés. On note bien chez eux une disposition spéciale à l'alcoolisme, à l'épilepsie, aux varices et surtout à la tuberculose, mais la mensuration du crâne ne révèle aucun caractère spécial, ni l'examen des organes sensoriels ou de leurs dépendances extérieures ; en exceptant toutefois le palais, dans lequel on a constaté de fréquentes anomalies. Les tatouages n'ont pas de signification spéciale en ce qui concerne les criminels.

DESCOURTIS.

Le coccyx dans le squelette des criminels, par F. MARIMO (*XVIe Congrès de l'Assoc. méd. ital. Sienne*, 16-20 *août* 1891).

Sur 56 coccyx, 21 ont cinq vertèbres ; 10 en ont quatre avec un ou deux tubercules pouvant faire supposer une 5e vertèbre ; 15 en ont quatre seulement. En somme, le nombre de cinq vertèbres serait plus fréquent que celui de quatre.

DASTRE.

Les effets de l'instruction en Belgique sur la criminalité et les maladies mentales, par Hyac. KUBORN (*Mouvement hygiéniq., VII*, 414).

Certains auteurs ont prétendu qu'en France, ce sont les départements où l'instruction est la plus répandue qui présentent le plus de crimes. Kuborn démontre le contraire, à l'aide des statistiques belges.

Au fur et à mesure du développement de l'instruction populaire, la criminalité a diminué. En 1850, on comptait 44 conscrits complétement illettrés sur 100, et 1 crime sur 18452 habitants; en 1883 on ne comptait plus que 18 conscrits illettrés sur 100 et que 1 crime sur 40367 habitants.

Parmi les aliénés, on en trouve 2,94 complétement illettrés pour 1,54 instruits. J. B.

De la reconstitution du signalement anthropométrique au moyen des vêtements, par Georges BERTILLON (*Thèse de Paris*, 1892).

Le travail original de G. Bertillon apporte des éléments nouveaux pour la solution d'un problème très fréquent et souvent délicat en médecine légale, à savoir l'identité d'un coupable ou d'une victime. Il utilise à cet effet les relations de forme et de dimensions existant entre les principales longueurs osseuses et les pièces d'habillement; autrement dit, il reconstitue le signalement anthropométrique au moyen des vêtements ou inversement. Voici, comme exemples, quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé.

Le soulier permet de reconstituer la longueur du pied à 7 millimètres près. On doit au préalable : 1° déterminer si le soulier est une chaussure fine, ou un gros soulier de campagne, ou s'il appartient à la catégorie intermédiaire; 2° rechercher si le soulier est beaucoup trop court ou beaucoup trop grand, ou s'il est à peu près ajusté; 3° mesurer la longueur du soulier selon le procédé indiqué. Ces opérations terminées, le tableau I indiquera la longueur probable du pied. S'il s'agit d'une chaussure fine, ajustée, on retranchera 16 millimètres de la longueur du soulier; s'il s'agit de chaussures campagnardes, 30 millimètres; s'il s'agit d'une chaussure fine à bouts pointus, 22 millimètres.

Le chapeau permet de reconstituer la longueur et la largeur de la tête. La présence de bandes de papier derrière le cuir intérieur fera présumer que la coiffure est trop grande; retrancher en pareil cas 6 millimètres de sa longueur pour avoir la longueur probable de la tête. L'absence du cuir intérieur fera présumer que le chapeau est beaucoup trop petit.

Le pantalon ne permet d'évaluer approximativement la taille que lorsque, par sa plus ou moins bonne apparence extérieure, on peut présumer qu'il appartient à un sujet convenablement habillé; en ajoutant 3 centimètres à la longueur de l'entrejambes d'un pantalon ajusté, et en multipliant cette somme par 2, on obtiendra la taille du sujet. On déterminera ainsi la taille à 6 centimètres près, soit en plus, soit en moins. Cette évaluation de la taille sera d'autant plus exacte que le pantalon sera plus long. D'autre part, la mesure de la ceinture du pantalon permettra d'évaluer le degré de corpulence.

L'habit (jaquette, redingote, veston, etc.) ne permet qu'une évaluation moins exacte de la taille. Si l'on présume, à son aspect, qu'il est à peu près ajusté, on commencera par déterminer la grande envergure, en

mesurant la couture externe de manche et la demi-largeur de dos et en multipliant cette somme par 0,872. On aura alors la demi-envergure nue du sujet moins la main. Pour déterminer celle-ci, on multipliera la longueur probable du pied (déterminée par le soulier) par 0,713. En multipliant par 2 la somme des deux segments précédents, on aura donc la grande envergure complète qui multipliée elle-même par 0,98 donnera la taille approximative. La taille ainsi déterminée aura d'autant plus de chance d'être exacte que l'habit aura une envergure plus courte; c'est l'inverse de ce qui a été dit pour le pantalon. En effet, quand la manche n'est pas ajustée, elle est plutôt trop longue que trop courte, tandis que dans les mêmes circonstances, le pantalon est plutôt trop court. Si l'on était privé du soulier pour la reconstitution de la main, on pourrait encore déterminer la taille en doublant simplement la somme de la demi-largeur de dos et de la couture externe de manche. Ce procédé, connu des tailleurs, s'il est peu précis, a l'avantage d'être fort rapide.

La taille d'un individu chaussé diffère de sa taille pieds nus de 28 millimètres pour les chaussures à talons ordinaires et de 20 millimètres pour celles à talons anglais.

Étant donné la longueur et la largeur de la tête d'un individu, pour déterminer les dimensions de la coiffure qui lui convient, il suffit d'ajouter 2 millimètres à la longueur et 4 à la largeur, s'il s'agit d'un chapeau dur. J. B.

Ueber Bildungsanomalien der Ohrmuschel (Formes anormales du pavillon auriculaire), par Petrona EYLE (*Thèse Zurich* 1891 *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 24, *p.* 775, 1891).

Sur 3000 malades auriculaires, 790 présentaient des anomalies du pavillon : arrêts ou excès de développement, pigmentation anormale, hypergénèse.

Sur 100 détenus de la maison de correction de Zurich, on a constaté 1173 anomalies du pavillon auriculaire; la plus commune (93) est l'écartement anormal. Aucun de ces prisonniers ne présentait un pavillon absolument normal.

Pétrona Eyle décrit un type d'oreille qui lui paraît assez caractéristique des criminels : il résulte de la combinaison de pavillons écartés, de lobules incomplètement développés, de conques vastes et peu profondes et d'antitragus horizontaux. J. B.

I. — Untersuchungen ueber einige den Blutnachweis stoerende Einfluesse, par Hans HAMMERL (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.* 3e *série, IV*, 44, *juillet* 1892).

II. — Ueber den Werth des Hæmatoporphyrinspectrums für den forensischen Blutnachweis, par J. KRATTER (*Ibidem*, *p.* 62).

I. — La recherche du sang est gênée par l'action des rayons solaires, de la putréfaction, du mortier, ainsi que par la formation des moisissures et de la rouille.

L'air chaud et sec altère le sang de manière qu'il n'est plus possible de le déceler :

a) A l'aide de l'épreuve de l'ozone, quand le sang a été chauffé une heure, à une température de 130 à 135 degrés centigrades.

b) A l'aide de la préparation des cristaux d'hémine de Teichmann, lorsque le sang est resté exposé une heure, à la température de 140 à 145 degrés centigrades.

c) Les globules rouges, qui d'ordinaire sont détruits déjà quand on chauffe du sang liquide au-dessus de 52 degrés centigrades, résistent, en revanche, à des températures dépassant 200 degrés, lorsque avant d'être exposés à la chaleur, ils ont été desséchés en couches minces sur du verre ou du bois.

d) La recherche par l'analyse spectrale est celle qui est le plus longtemps possible ; elle réussit encore sur du sang qui a été chauffé plusieurs heures à 200 degrés centigrades.

Il n'est pas possible de fixer la limite certaine d'action des divers agents d'extraction, parce que du sang qui a été surchauffé redevient soluble dans des corps qui ne le dissolvaient plus à des températures inférieures.

Les meilleurs corps dissolvants du sang sont le vinaigre anhydre, l'acide chlorhydrique et l'acide sulfurique concentrés; l'acide chlorhydrique, surtout, est un excellent réactif qui, au spectroscope, permet de reconnaître si le sang a été exposé à de très hautes températures.

II. — Au cours d'expériences dont les conclusions sont reproduites ci-dessus, Hammerl a reconnu que le sang chauffé à de très hautes températures et devenu insoluble dans la plupart des réactifs usités, est encore soluble dans les acides chlorhydrique ou sulfurique concentrés, en donnant le spectre de l'hématoporphyrine. Après avoir vérifié l'exactitude de ce fait, Kratter a tenté de l'utiliser pour la recherche médico-légale du sang; on sait, en effet, que l'hématoporphyrine est formée aux dépens de l'hématine qui résiste énergiquement à l'influence de la chaleur ou de la putréfaction. Or Kratter a constaté que du sang chauffé, aussi longtemps qu'on voudra, jusqu'à 210 degrés centigrades, et traité par l'un des deux acides concentrés, fournit toujours le spectre de l'hématoporphyrine, caractérisé par l'existence de deux raies, l'une plus étroite et plus faible, immédiatement en avant de la ligne D, l'autre plus large et plus foncée, entre D et E. Voici la technique à suivre. On isole bien du corps qui la supporte, la substance présumée être du sang ; on la met dans une éprouvette de verre blanc, en versant dessus, selon sa quantité, de 1 à 5 centimètres cubes d'acide sulfurique pur, concentré, et pesant 1,83. On agite le mélange, puis on le laisse reposer. A des intervalles de cinq à dix minutes, on agite de nouveau, et on note la teinte de l'acide sulfurique. La teinte jaune brun trahissant la présence de substances qui entraveraient l'épreuve, on filtre le liquide brun, on ajoute de nouvel acide jusqu'à ce qu'on ait réussi à enlever toutes les substances gênantes. Si la substance examinée est du sang, on la voit, au bout d'une demi-heure ou d'une heure, se gonfler, devenir plus ou moins transparente et d'un magnifique rouge violet. Généralement, il y a assez d'hématoporphyrine dissoute dans l'acide, pour que celui-ci prenne aussi une couleur violette tendre, et alors il n'y a qu'à placer l'éprouvette directement devant la fente du spectroscope. Quand il n'y a pas assez d'hématoporphyrine pour teindre l'acide, on isole les petits grumeaux gonflés

qui constituent du sang, et on les écrase entre deux plaques de verre avant d'en faire l'examen spectroscopique. De même, si un morceau d'étoffe ou de linge est imprégné d'une quantité de sang trop faible pour qu'on puisse l'en détacher, on peut, une fois traité par l'acide sulfurique, l'examiner directement au spectroscope, entre deux lames de verre.

La détermination du sang, à l'aide du spectre de l'hématoporphyrine, constitue un procédé de recherche aussi simple que sûr, applicable alors que la plupart des autres méthodes sont inefficaces, et permettant l'analyse spectrale avec de très minimes quantités (grain de pavot) de sang. Ce procédé trouve son emploi dans les circonstances suivantes : 1° quand les vestiges du sang ont été exposés à une température très élevée, sèche ; 2° quand le sang a été exposé à l'action des flammes et même carbonisé ; 3° quand il s'agit de vieux sang desséché, sur n'importe quel objet ; Kratter a expérimenté avec succès sur du sang sec depuis vingt ans ; 4° quand il s'agit de linges ou d'étoffes exposés aux intempéries ; 5° quand le sang est putréfié et desséché. D'autre part, le procédé est inapplicable sur du sang fluide ou demi-fluide, sur du sang frais non desséché, inapplicable aussi en présence de substances organiques carbonisées à froid par l'acide sulfurique, de charbon ou de substances colorantes solubles dans l'acide sulfurique.

Kratter a joint à son travail une planche dans laquelle il a reproduit, avec le même spectroscope et d'après nature (et non schématiquement, comme les ouvrages classiques), les sept spectres du sang les plus usuels en médecine légale, à savoir ceux de l'oxyhémoglobine, de l'oxyhémoglobine carbonée, de l'hémoglobine, de la méthémoglobine alcaline, de l'hémochromogène (hématine réduite), de l'hématoporphyrine en solution acide (2 raies d'absorption) et de l'hématoporphyrine en solution alcaline (4 raies). J. B.

Di un nuovo segno per riconoscere l'artificiale decolorazione dei peli, par MASSAZZA (*La Riforma medica, p.* 4 *et* 15, 2 *et* 4 *janvier* 1892).

Massazza, pour étudier les moyens de reconnaître la décoloration artificielle des poils, que l'expert est parfois appelé à rechercher, a fait séjourner pendant plusieurs heures dans l'eau chlorée des cheveux noirs ; il a remarqué que les poils ainsi traités n'offrent pas la coloration blanc argenté que présentent les poils devenus naturellement blancs, mais ont une coloration blanche tendant vers le jaune ; examinés au microscope, ces poils au lieu de présenter à leur surface la couche normale de cellules plates imbriquées, ont un aspect spécial ressemblant à celui d'une plume dont les barbes sont représentées par de minces filaments insérés sur les bords du poil ; cette modification dans la structure du poil est déjà manifeste quelques minutes après l'immersion du poil dans l'eau chlorée ; lorsque l'action de l'eau chlorée se prolonge, les filaments deviennent d'abord plus longs, puis se détachent par places, laissant les bords du poil très irréguliers. Ces modifications deviennent moins apparentes lorsque le poil est desséché, mais elle reparaissent lorsqu'on les examine dans l'eau. Des modifications analogues, mais moins prononcées, s'observent à la suite de l'immersion des poils dans l'eau oxygénée. GEORGES THIBIERGE.

Étude sur la putréfaction, par Frédéric BORDAS (*Thèse de Paris*, 1892).

Les gaz produits par la fermentation putride sont composés généralement d'acide carbonique, d'hydrogène libre et d'hydrogène sulfuré. La présence de carbures d'hydrogène semble devoir son origine à des causes accidentelles, indépendantes de la fermentation cadavérique. Il ne se produit pas de gaz toxiques à proprement parler.

La putréfaction est essentiellement un phénomène de fermentation dû à des microorganismes et, accessoirement, les insectes peuvent y jouer un certain rôle ainsi que les végétations cryptogamiques.

Le bacille d'Eberth, le bacille commun du colon, ceux du rouget porcin et du charbon, le staphylocoque pyogène doré ne sont pas susceptibles d'amener la dislocation de la matière organique.

Parmi les nombreux microorganismes habitant le tube intestinal, deux bactéries, le protée vulgaire de Hauser et le thyrothrix claviforme, que Bordas a étudiées tout spécialement, peuvent, par leur action simultanée, ramener la matière organique à des éléments beaucoup plus simples.

Malgré cela, les résidus provenant de l'action de ces deux bactéries nécessitent encore l'intervention d'autres microbes (ferments nitriques), pour que la matière organique soit complètement transformée en carbone, hydrogène, nitrates, etc.

On pourrait peut-être, au lieu d'abandonner les cadavres humains au hasard d'un ensemencement spontané de germes aérobies, leur injecter des cultures de germes ptomatophages, dont une des propriétés principales serait, comme chez le bacille vulgaire de Hauser, d'amener la rapide destruction de la matière organique. J. B.

Ueber die cadaverösen Veränderungen... (Sur les modifications cadavériques des granules d'Altmann), par P. DANMEHL (*Archiv. f. pathol. Anat., CXXVIII*, 3).

Danmehl a institué une série de recherches sur les vertébrés à sang froid et à sang chaud pour savoir ce que deviennent les granules d'Altmann après la mort. Chez le triton et la salamandre, les granules se colorent bien au bout de 30 heures après la mort ; 66 heures après, il n'y en a plus que peu qui soient nettement colorés.

Chez le chat, le lapin, on remarque dès l'apparition des premiers phénomènes cadavériques, que les granules perdent leur disposition caractéristique : ils se tassent et se colorent moins sous l'influence des réactifs. C'est de la 18e à la 20e heure que cette altération se produit, mais vers la 50e ou 60e heure seulement, on contate que les granules ne sont plus colorables.

Les cellules hépatiques et les éléments du rein se comportent, chez l'homme, de la même façon que chez les autres mammifères ; 52 heures après la mort, les granules sont distincts après traitement convenable.

ED. RETTERER.

Ueber eine eigenartige Wirkung des Blitzes (Action singulière de la foudre), par Julius KRATTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und oeffentl. Sanitw.*. 3e *série, II*, 18, *juillet* 1891).

Dans ce travail, Kratter relate 3 cas d'accidents dus à la foudre, dont 2, non

mortels, ont été la conséquence d'un effet indirect, d'une action à distance du fluide électrique. Le premier cas, au contraire, fut suivi de mort; il fournit un exemple frappant des singulières lésions auxquelles les décharges de l'électricité atmosphérique donnent parfois lieu. Dans la poche du pantalon de la victime, qui ne présentait aucune trace de brûlure, on a trouvé de nombreuses pièces de monnaie en cuivre soudées entre elles par fusion superficielle de leurs faces contiguës.

Kratter fait ressortir toute l'importance que peuvent acquérir des constatations semblables, dans telles circonstances médico-légales; en particulier, lorsque, dans les hautes montagnes, où les coups de foudre sont assez fréquents, on se trouve en présence d'un corps humain dont la mort remonte parfois à de longs mois et qui est en pleine décomposition. Il y a là un moyen de diagnostiquer la cause du décès, d'autant plus sûr que la fonte d'objets métalliques portés par les victimes ou avoisinant leur cadavre, est un effet exclusif des courants électriques très énergiques.

Kratter s'est livré à un certain nombre d'expériences pour élucider le mécanisme et les conditions de production de cette fonte des métaux. Il s'est servi de courants représentant une énergie électrique, totale, variant de 12,600 à 16,200 volts et est arrivé aux résultats suivants :

Il suffit déjà de courants dont l'intensité est employée en industrie, pour produire la fusion et la soudure d'objets en métal. Cette fusion n'a lieu que sur des points limités de la surface des monnaies, manifestement aux endroits où l'étincelle électrique saute d'une pièce à l'autre; en outre, la soudure des pièces entre elles ne s'effectue guère que par la fusion de leurs arêtes ou de leurs bords. Les monnaies de petit diamètre sont, pour des courants de même intensité, soudées plus rapidement et plus fortement; il en est de même des pièces salies par la circulation, ou simplement rapprochées les unes des autres, relativement aux pièces neuves et polies ou aux piles de monnaie. (*R. S. M.*, VII, 676). J. B.

Ueber die Wunden des Kehlkopfes... (**Étude médico-légale des plaies du larynx**), par J. KŒHLER (*Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin und oeff. Sanitw.*, 3e *série*, *II*, 221, *octobre* 1891).

1° Les plaies internes du larynx offrent peu de signes caractéristiques pour le médecin-légiste; leurs phénomènes consécutifs sont semblables à ceux des plaies externes du larynx sans lésion des téguments; la mort est ordinairement la suite soit de destructions étendues, soit, plus fréquemment, de suffocation par œdème du larynx.

2° Sous le rapport médico-légal, la commotion du larynx n'existe pas.

3° Les contusions légères sont rarement l'occasion d'enquêtes médico-légales et leur évolution, d'ordinaire bénigne, permet de les négliger.

4° Les plaies contuses du larynx, compliquées de fractures des cartilages, peuvent être produites aussi bien après la mort que durant la vie; elles peuvent être produites aussi bien par de petites que par de grosses violences; leur production dépend de l'ossification ou de la non ossification des cartilages.

5° Les plaies contuses du larynx, compliquées de fractures des cartilages, qu'elles soient ou non accompagnées de plaies cutanées, ont un pronostic défavorable.

6° Toute plaie du larynx par instruments tranchants avec ouverture de la trachée doit être considérée comme une blessure grave.

7° Dans les plaies du larynx, la mort est en général le fait de complications : hémorragies, asphyxie, infection traumatique.

8° Quand les causes de la mort sont multiples, une plaie simple du larynx ne vient qu'en seconde ligne comme importance, tandis qu'une plaie du larynx compliquée de lésion des gros vaisseaux doit, dans la plupart des cas, être regardée comme cause de mort, alors même que la mort peut être survenue immédiatement après la blessure d'un autre organe.

9° En cas de multiplicité des blessures mortelles, les plaies du larynx n'offrent pas de caractères permettant d'établir quelle a été la première blessure mortelle.

10° Pour résoudre la question s'il s'agit d'un meurtre ou au contraire d'un suicide, on prendra en considération tous les caractères de la plaie du larynx ; sa situation, ses dimensions, sa profondeur et sa direction ; mais ces éléments d'information n'acquerront toute leur valeur qu'autant qu'on tiendra compte en même temps d'autres points essentiels, tels qu'examen du cadavre sur place, commémoratifs, lésions pathologiques des organes.

J. B.

Gregarinosi polmonale in infante nato-morto, par A. SEVERI (*La Riforma medica*, *p.* 54, 7 *avril* 1892).

A l'autopsie d'un enfant mort-né, l'auteur a trouvé le bord antérieur des poumons au niveau de la ligne axillaire antérieure, et ces organes présentant tous les caractères de l'atélectasie ; au microscope, le parenchyme pulmonaire était infiltré de nombreux corpuscules ovoïdes, groupés dans des cavités arrondies ou irrégulières, creusées dans le parenchyme ; ces corpuscules, longs de 26 à 30 μ et larges de 12 à 15 μ, quelques-uns longs seulement de 3 à 4 μ, étaient entourés d'une membrane, mais ne présentaient pas de double contour ; ils renfermaient des granulations rouge-brun, de dimensions variables, occupant l'axe longitudinal du corpuscule. Ces corpuscules, résistant à l'action de la potasse caustique, de l'acide nitrique et de l'acide sulfurique, semblaient être des grégarines.

GEORGES THIBIERGE.

Per titolo di assassinio, morte procurata con lente inanizione, studio medico legale, par C. CANTALAMESSA (*Il Morgagni*, *p.* 545, *septembre* 1892).

A l'occasion de l'autopsie d'un enfant de 3 mois 1/2, que ses parents avaient laissé mourir d'inanition, l'auteur a entrepris sur les animaux, au sujet de l'inanition lente, des recherches dont il tire les conclusions suivantes : Dans la mort par inanition, le tissu adipeux ne disparaît pas complètement ; le colon, plus que les autres portions de l'intestin, diminue de calibre et d'épaisseur ; la vésicule biliaire est pleine de bile dense et presque solide ; les caractères de la mort par inanition sont ceux de toutes les maladies consomptives et en particulier de la tuberculose et de la syphilis ; il y a une diminution quotidienne et progressive des respirations et de la température, une diminution constante mais non régulière des pulsations ; la résistance à l'inanition est peut-être proportionnelle à la quantité de graisse à consommer, quoique la mort ne sur-

vienne pas lorsque la graisse est consommée; la résistance à l'inanition est en raison directe du degré de nutrition et de développement.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber Blutgerinnung in den Körperhöhlen... (Coagulation du sang dans les cavités naturelles à la suite des blessures mortelles), par SEYDEL (*Deutsche med. Woch., n° 7, p.* 146, 1892).

Chez un suicidé par arme à feu, la plèvre contenait du sang liquide tandis qu'un autre sujet, mort de la même manière, avait dans la plèvre du sang coagulé. L'auteur a recherché, dans des expériences sur des chiens, les causes de ces divergences. Voici ses résultats :

Le sang qui provient de la déchirure de vaisseaux sanguins et qui s'épanche sous une forte pression dans des tissus déchirés et profondément lésés (mailles du tissu conjonctif, cavité cranienne, péricarde, cavités de dimensions relativement restreintes) se coagule même quand la mort est rapide .

La prolongation de la survie favorise la coagulation. La rapidité de la coagulation est proportionnelle à l'importance des lésions des tissus que touche le sang. Les corps étrangers (projectiles) et les gaz que dégage la poudre favorisent la coagulation.

L. GALLIARD.

Einige Bemerkungen über den Tod durch Ertrinken, par Arnold PALTAUF (*Berlin. klin. Wochens., n°* 13, *p.* 298, 28 *mars* 1892).

Paltauf ne voit que des phénomènes cadavériques, et non des signes caractéristiques de la submersion, aussi bien dans l'œdème du vestibule du larynx, que dans celui de la conjonctive et de la cornée (*R. S. M.*, XXXVI, 608).

D'après un petit nombre d'expériences de Paltauf, il existerait, dans les cas douteux, un moyen de reconnaître si l'on se trouve en présence d'une mort par submersion ou au contraire d'une mort par œdème pulmonaire. Le liquide qui s'écoule des poumons œdémateux renferme un peu moins de substances organiques (combustibles) que le liquide de submersion ; en revanche, il fournit davantage de cendres. D'autre part, il se trouve un rapport inverse entre les cendres et la substance sèche. Le liquide pulmonaire chez les noyés renferme beaucoup moins de substances minérales que celui de l'œdème pulmonaire. Paltauf rappelle enfin qu'on rencontre assez souvent chez les noyés des épanchements sanguins intramusculaires qui peuvent faire croire à des lésions produites pendant la vie. Ces épanchements siègent surtout dans les muscles du cou (sternomastoïdiens, scalènes, etc). (*R. S. M.*, XXXVI, 609 et XXXIX, 650).

J. B.

Note sur un cas d'amnésie rétrograde consécutif à l'intoxication par l'oxyde de carbone, par FALLOT (*An. d'hyg. publ., XXVII*, 244, *mars* 1892).

Il s'agit d'une femme de 63 ans qui avait tenté de se suicider par les vapeurs de charbon. Outre un léger affaiblissement de la mémoire des faits postérieurs à sa tentative, elle avait perdu tout souvenir de celle-ci et même de ce qui lui était arrivé dans les deux jours précédents. Conclusions :

L'asphyxie par l'oxyde de carbone est souvent accompagnée de troubles de la mémoire parmi lesquels on constate fréquemment la forme d'amnésie

dite rétrograde. Dans le cas d'expertise judiciaire, le médecin devra avoir cette notion présente à l'esprit, mais il devra bien se garder aussi de considérer cette amnésie rétrograde comme un phénomène constant et nécessaire. J. B.

Zur Casuistik der Kohlenoxyd-Vergiftungen, par F. FALK (*Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. und oeff. Sanitw.*, 3e *série*, *II*, 260, *octobre* 1891).

Falk appelle l'attention sur le fait que dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, alors qu'on ne peut pas ou qu'on ne peut plus déceler la présence du toxique dans le sang des victimes, on peut encore le constater dans leurs muscles. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Ueber anatomische Veränderungen... (Sur les lésions anatomiques consécutives à la chloroformisation chez l'homme), par Eug. FRÆNKEL (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVII*, 3).

Fraenkel rapporte l'observation d'une femme en couches, qui mourut après qu'on lui eut fait respirer du chloroforme pendant deux heures environ.

L'examen des organes permit de constater : 1° la dégénérescence graisseuse des deux muscles droits de l'abdomen, du muscle cardiaque et de l'endothélium de l'aorte ascendante ; 2° la nécrose et la dégénérescence de l'épithélium des tubes urinifères.

Cette femme, de constitution robuste, avait été bien portante jusqu'au moment de la chloroformisation et ne présentait aucune autre lésion organique qui pût expliquer sa mort subite.

Fraenkel rapproche ces faits des résultats obtenus par les expérimentations sur les animaux soumis à une narcose prolongée sous l'influence du chloroforme. Or, on sait que cette substance détermine la dégénérescence graisseuse du cœur et du foie, ainsi que celle des reins et des muscles striés. Fraenkel croit devoir mettre l'issue fatale, dans le cas précédent, sur le compte du chloroforme. ÉD. RETTERER.

Die Wirkung des Bromaethyls auf Herz und Nieren, par E. REGLI (*Thèse Berne* 1892 *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 *mai* 1892).

Les expériences de Regli lui ont montré que la susceptibilité à l'égard du bromure d'éthyle varie non seulement dans les différentes espèces animales, mais aussi chez les individus d'une même espèce. Chez un cobaye et chez un lapin, il est survenu brusquement un arrêt des mouvements respiratoires qui a résisté à la respiration artificielle. L'autopsie de ces deux animaux a fait voir qu'ils avaient succombé à l'asphyxie.

En revanche, le bromure d'éthyle n'exerce aucune influence fâcheuse sur la circulation.

Des cardiogrammes pris sur des animaux à sang froid témoignent que le muscle cardiaque n'est nullement touché par le bromure d'éthyle, tandis que, chez les mêmes animaux, le chloroforme abaisse constamment la pression sanguine et que l'éther augmente l'énergie du travail cardiaque.

Contrairement à d'autres observateurs, Regli a constaté que les poumons n'éliminent pas la totalité du bromure d'éthyle dont une partie est excrétée par les reins.

A doses un peu considérables, le bromure d'éthyle provoque de l'albuminurie. Il rend toujours les urines acides. J. B.

On the mechanism of brain injuries, par Alexander MILES (*Brain, part. LVII, p.* 154, 1892).

De ce travail, basé sur de nombreuses expériences, l'auteur tire la conclusion que le liquide céphalo-rachidien joue un grand rôle dans le mécanisme de la commotion cérébrale et des autres formes de contusions traumatiques. Voici le résultat de ses recherches :

1° Le groupe de phénomènes compris sous le nom de concussion du cerveau est le résultat d'une anémie temporaire de l'organe;

2° Cette anémie est le résultat réflexe de l'excitation des corps restiformes et peut-être aussi des autres centres sensitifs importants de la région du bulbe;

3° Cette excitation du bulbe est provoquée par l'onde du liquide céphalo-rachidien, qui se précipite à travers l'aqueduc de Sylvius, le foramen de Magendie et les espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur, vers le canal rachidien, toutes les fois qu'un choc violent est imprimé à la voûte crânienne;

4° Conformément aux lois de l'hydrostatique, cette onde du liquide céphalo-rachidien dérange l'équilibre de pression que supportent les cellules terminales nerveuses des circonvolutions;

5° Les hémorragies trouvées en pareil cas dans la substance cérébrale et à sa surface tiennent à la disparition momentanée du liquide céphalo-rachidien qui, normalement, exerce une certaine pression sur les vaisseaux cérébraux;

6° Les pétéchies et les ecchymoses que l'on rencontre dans les cas de commotion cérébrale ne sont pas la cause prochaine des symptômes cliniques qui caractérisent le choc cérébral. Elles indiquent plutôt la mesure de la force qui produit le traumatisme, et on ne doit pas les considérer comme la cause des phénomènes subséquents;

7° La plupart des lésions histologiques constatées en pareille occurrence (Miles Rep. Roy. College Phys. Edinb., vol. IV) peuvent s'expliquer de cette façon et relèvent de la même théorie. H. R.

Trépanation suivie de succès pour une hémorragie de la méningée moyenne au niveau de la lésion par contre-coup, par William STEWART (*Edinburgh med. j., p.* 719, *février* 1892).

T. J..., 46 ans, tombe dans les docks le 30 septembre, et dans sa chute se frappe sur une pile de bois. On le sort de l'eau, sans perte de connaissance; il recommence à haler un navire qui sortait des docks. Mais vingt minutes

après sa chute, il tombe, perd connaissance et est pris de convulsions généralisées.

On le transporte à Leith Hospital. On constate que la crise convulsive commence par la dilatation des pupilles et une déviation conjuguée des yeux à droite, suivies par des spasmes du côté gauche de la face, du bras gauche; puis de la jambe gauche. Après la crise, les yeux restaient déviés vers la gauche, les pupilles modérément dilatées, mais sans inégalité, la face paralysée d'un côté. On remarque une blessure du cuir chevelu, sans fracture, vers la base de la mastoïde *gauche.*

Respiration haletante, pouls 60°, irrégulier. Écoulement du sang par la narine droite, mais pas d'écoulement par l'oreille.

Le patient a trois crises convulsives à l'hôpital, mais aucune n'a présenté aussi nettement que la première des signes de localisation. Après la crise, il reste inconscient, abattu.

Trépanation du crâne à 2 centimètres en arrière de l'angle externe du rontal et à 1 centimètre du zygoma du côté *droit.* Dès l'ouverture du crâne, s'échappa un flot de sang profus et persistant. Dès que la rondelle osseuse fut enlevée, l'hémorragie parut s'arrêter. La dure-mère n'était pas ouverte, et battait régulièrement, isochrone avec la respiration, et présentant un large décollement autour de la perforation osseuse. Depuis la chute jusqu'au moment de la trépanation, moins d'une heure s'était écoulée. On remplaça la rondelle osseuse par une pièce d'os décalcifié, drainage et suture.

Le malade est tranquille, il n'y a plus de convulsions et le lendemain demandait à reprendre son travail. L'intelligence revint en quelques jours complète et le 12e jour la température seulement monta légèrement sans annoncer de complication.

Le malade a guéri complètement, il conserve un léger degré de paralysie faciale, à peine perceptible. F. VERCHÈRE.

Considérations sur les caractères anatomiques et sur le traitement des plaies par coup de feu de la moelle épinière, par VINCENT (*Revue de chirurgie, n°* 2, *p.* 89, 1892).

Vincent rapporte 33 observations de traumatisme de la moelle par coup de feu, dont 3 cas personnels avec trépanation du rachis. Il conclut de cette étude à l'utilité de l'intervention; quelle que soit la nature du traumatisme de la moelle, à moins qu'il n'y ait en même temps une lésion viscérale, abdominale ou thoracique mettant en péril les jours du blessé, et à condition que le coup de feu ait atteint les parties postérieures ou latérales du rachis en un point accessible, il faut débrider le trajet jusqu'à l'arc vertébral, chercher à se rendre compte de la nature des désordres, extraire les corps étrangers qui peuvent comprimer la moelle, et pour cela, il ne faut pas hésiter au besoin à trépaner le canal rachidien. Cette opération peut être avantageuse; si elle est quelquefois inutile, elle sera toujours sûrement innocente si elle est faite aseptiquement. C. WALTHER.

A case of brocken neck with autopsy (Fracture du cou), par OTIS (*Boston med. and surg. Journal*, 15 *septembre* 1892).

Un jeune homme de 17 ans tombe en faisant de la gymnastique et se fracture la colonne vertébrale. Il meurt 6 jours après. A l'examen, on trouve une fracture de la lame de la 5e cervicale sans déplacement ni dislocation; sous le siège de la fracture, la dure-mère est injectée et la moelle épinière diffluente, lésions produites probablement au moment même de l'accident, puisque la

paralysie fut immédiate. D'après l'autopsie, il est certain qu'ici la trépanation eût été inutile, cette opération n'ayant quelque chance de succès que si la moelle n'est sujette qu'à une compression momentanée, mais non lorsqu'elle est réduite à l'état de pulpe. CART.

Di un caso di spina bifida operato con esito in guarigione, par C. AVEGNO (*Il Morgagni*, *p.* 133, *février* 1892).

Enfant de 3 mois, portant entre la 2e et la 3e vertèbres lombaires une tumeur du volume d'une petite pomme, se réduisant complètement par la pression; pas de troubles médullaires.

Après réduction de la tumeur par compression graduelle, on tire la peau à sa base, en empêchant, au moyen de la pression du pouce, la méningocèle de sortir, on place une pince, et on fait sept points de suture à la base de la tumeur; au bout de trois jours, on fait une autre suture à un demi-centimètre de la première, on enlève la tumeur et la suture du pédoncule; en quinze jours, cicatrisation complète. La tumeur enlevée ne renfermait aucun tissu ressemblant aux méninges. Au bout de huit mois, on constate la guérison radicale de la tumeur. GEORGES THIBIERGE.

Une côte cervicale observée sur un sujet vivant, par David WALLACE (*Edinburgh med. j.*, *p.* 706, *février* 1892).

Homme de 60 ans. La saillie siège à droite vers la partie moyenne de la clavicule, immédiatement sous la peau mobile à sa surface. Elle est arrondie, de consistance osseuse, et on peut lui trouver un bord supérieur, inférieur et interne. En dehors, l'extrémité semble se perdre sous le trapèze. En mettant le bras dans l'abduction, elle reste fixe, mais devient plus perceptible. A sa partie interne est attaché un faisceau musculaire ou aponévrotique. La sous-clavière bat immédiatement au niveau de son extrémité, c'est-à-dire dans l'angle formé par la clavicule et l'extrémité antérieure de la côte, et semble s'enfoncer au-dessous d'elle et passer de là sous la clavicule. Elle représente probablement la 3e portion de la sous-clavière.

Le scalène antérieur ne paraît pas s'insérer sur la côte cervivale.

Immédiatement au niveau de l'extrémité de la côte supplémentaire, on trouve une plus petite saillie osseuse, qui lui semble parallèle et permet de supposer la présence d'une 2e côte supplémentaire partant de la 6e vertèbre cervicale.

A gauche, on ne trouve aucune trace de côte cervicale, mais on perçoit une saillie semblable à celle de la 6e cervicale.

La présence de cette côte offre de l'intérêt par ce fait que l'artère soulevée par elle peut être plus facilement blessée. F. VERCHÈRE.

Résection du maxillaire supérieur pour névralgie, par GLUCK (*Berlin. klin Wochens.*, *n°* 11 *p.* 255, 14 *mars* 1892).

Femme de 42 ans, ayant, depuis 10 ans, une névralgie de la deuxième branche du trijumeau gauche, pour laquelle elle s'est fait extraire toutes les dents et a déjà subi les traitements les plus divers. Il y a 18 mois, on lui a fait la section du nerf sous-orbitaire gauche. La morphine, même à hautes doses, ne la soulage plus. Gluck fit d'abord l'opération de Thiersch sur le nerf sous-orbitaire, qui dès le 3e jour cessa d'être douloureux, tandis que la névralgie persistait intense sur tous les autres rameaux de la deuxième branche. Gluck pratiqua alors l'excision de cette deuxième branche au niveau du trou rond et du trou orbitaire inférieur, suivant la méthode de Lücke modifiée par Braun et par Lossen (*R. S. M.,* IV, 306 ; V. 309 ; XII, 686 et

XXI, 686). Le lambeau comprenant os, périoste et parties molles (arcade zygomatique réséquée et masséter) fut rabattu en bas. En ménageant l'artère maxillaire interne, le nerf maxillaire supérieur fut réséqué du trou orbitaire inférieur jusqu'au trou rond. La plaie, d'abord tamponnée, fut réunie secondairement par des sutures le 3e jour. A partir de ce moment seulement, les douleurs disparurent, et 6 mois se sont écoulés depuis sans qu'elles aient reparu. La mastication et l'écartement des mâchoires se font facilement. Sur le territoire correspondant au nerf excisé, la sensibilité au contact et celle à la température sont revenues. J. B.

Shok gegen Shok, par BENEDIKT (*Wiener med. Presse*, 12 *juin* 1892).

Jeune fille de 16 ans, hystérique. Ayant rêvé 6 ans auparavant qu'elle était mordue par un chien à la jambe gauche, elle présenta depuis cette époque des signes d'hystérie et de névrose traumatique : contracture du membre supérieur gauche avec point de départ dans l'index; mouvements rotatoires autour d'un axe vertical; crises de larmes; plaques d'anesthésie; diplopie monoculaire gauche; douleurs à la pression du plexus cervical inférieur gauche; mouvements choréiformes du bras gauche; ovarie; etc. Les aimants, l'hypnose, la suggestion ayant échoué, Benedikt pensa qu'un traitement opératoire serait plus efficace et que le résultat serait d'autant plus favorable si le choc à produire se faisait en sens inverse du choc précédemment produit. Il fit donc au bras gauche l'élongation du nerf radial et du médian. Violente réaction nerveuse dans les 24 heures. Suites opératoires des plus simples et guérison des troubles hystériques et choréiques, de la diplopie monoculaire, etc.

CART.

Anévrisme de l'aorte descendante traité par la méthode de Baccelli, par BOURGET (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, 325, *mai* 1892).

Homme de 49 ans, atteint de bronchites à répétition avec points douloureux sous l'omoplate gauche et irradiation des douleurs le long des 4e, 5e et 6e nerfs intercostaux. A partir de janvier 1891, le point douloureux devient continu. Depuis quelques semaines, battements isochrones au pouls, localisés à la partie interne de l'épine de l'omoplate.

Vers le milieu de janvier 1892, la tumeur a les dimensions d'une petite orange et elle proémine fortement dans l'espace interscapulo-vertébral. Augmentation des névralgies intercostales et douleurs lancinantes le long du rachis.

Opération de Baccelli le 16 janvier. Bourget choisit un ressort de montre de 2 millimètres de large sur 37 centimètres de long, formant une spirale d'un diamètre de 5 centimètres. Il en aiguise le bout, de manière à pouvoir ponctionner avec cette pointe au lieu de trocart. Puis il plonge le ressort quelques minutes dans l'acide chlorhydrique, soit pour le désinfecter, soit pour décaper le métal et en rendre la surface légèrement rugueuse, tout en la recouvrant d'une légère couche de chlorure de fer apte à favoriser la coagulation. Une petite boutonnière fut pratiquée dans la peau à la partie supérieure de la tumeur pour donner passage au ressort qui pénétra très facilement tout entier dans l'anévrisme.

L'opéré n'a éprouvé aucune sensation ni pendant, ni après l'opération. La température du corps n'a pas varié.

Depuis, la tumeur a diminué de volume et les douleurs ont cessé en grande partie. Un mois après l'opération, on pratique une ponction exploratrice à la partie supérieure et une à la partie inférieure de la tumeur, sans retirer de sang. En faisant mouvoir l'aiguille dans la poche, on a la sensation d'un bloc élastique, assez résistant. Les pulsations ont aussi beaucoup

diminué d'amplitude. Le malade a augmenté de 3^{kg} 1/2. (*R. S. M.*, XII, 559; XIII, 748; XXX, 592.) J. B.

Aneurysma der Carotis, par **LANGENBUCH** (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, *p.* 520, 23 *mai* 1892).

Femme de 70 ans, présentant au-dessous de chaque oreille, un point animé de battements; c'est du côté gauche que les pulsations ont commencé; en même temps apparaissaient des névralgies du lingual et du dentaire inférieur correspondants, revenant sous forme de paroxysmes. Les deux côtés du cou, à leur partie supérieure, donnent au palper un frémissement vibratoire plus fort du côté gauche qui est le seul siège des névralgies.

La compression à l'aide de sachets de plomb et les injections d'ergotine s'étant montrées inefficaces, Langenbuch se décida à mettre à découvert l'anévrisme gauche pour voir s'il y avait quelque opération à faire.

Cette incision exploratrice montra qu'il s'agissait d'une dilatation anévrismale fusiforme des carotides interne et externe; l'une et l'autre artères avaient un calibre d'environ 2 centimètres, étaient extrêmement flexueuses et d'une façon si bizarre, qu'il fut impossible de reconnaître laquelle était la carotide interne.

Vu l'âge avancé de la malade, on ne pouvait songer à lier complètement la carotide.

Pour soulager cette femme, en modérant la pression sanguine, Langenbuch se décida à diminuer, sans l'obturer entièrement, le calibre de la carotide primitive. A cet effet, il la comprit dans une anse de soie qu'il serra modérément, de manière à rétrécir la lumière artérielle, tout en laissant arriver encore un peu de sang dans les branches. Puis il fit plusieurs nœuds pour que l'anse ne se relâchât pas. Enfin il referma la plaie. Depuis lors, la malade n'a presque plus de douleurs et les pulsations sont très faibles. Langenbuch n'a pas touché à la carotide droite qui ne cause pas de névralgies.

J. B.

Anévrisme artérioso-veineux de l'artère péronière gauche, par **FAGUET** (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 *mars* 1892).

Jeune homme de 26 ans, sans antécédents pathologiques. A la suite d'une blessure faite par l'extrémité effilée d'une faux, au niveau de la région postérieure et interne du tiers moyen de la jambe, développement rapide d'un anévrisme artério-veineux de l'artère tibiale postérieure. La ligature de cette artère, à la partie moyenne de la jambe et en arrière de la malléole, n'ayant point arrêté les hémorragies ni modifié les caractères de la tumeur, on procède à l'opération suivante : section et extirpation, entre deux ligatures, de cinq centimètres de l'artère et de la veine tibiales postérieures; isolement et extirpation d'un sac anévrismal, siégeant sur l'artère péronière, et des veines satellites. Pansement antiseptique; guérison sans incidents.

L'examen de la pièce a fait voir trois orifices sur les parois du sac; deux s'ouvraient largement dans la poche et appartenaient à l'artère péronière; quant au troisième, il faisait communiquer l'intérieur du sac avec la veine péronière du même côté. Donc, c'était un anévrisme variqueux enkysté artériel de l'artère péronière, variété rare d'anévrisme en ce point. OZENNE.

Chirurgie du poumon, pneumotomie, pneumectomie, par **E. RICHEROLLE** (*Thèse de Paris*, 1892).

Ce travail présente une revue très complète de la question. L'auteur

a réuni, pour un certain nombre de cas, des statistiques importantes qui lui permettent de donner des conclusions très nettes.

Il est partisan de la pneumotomie, pour les abcès du poumon (27 cas, 17 guérisons, 8 morts), les kystes hydatiques, les foyers gangreneux circonscrits (31 cas, 13 guérisons, 14 morts, 4 améliorations).

Il la conseille dans les dilatations circonscrites des bronches (17 cas, 9 morts, 6 guérisons, 2 résultats inconnus), les cavernes tuberculeuses, volumineuses (statistique de Poirier et Jonnesco, 29 cas, 15 améliorations), les corps étrangers ayant amené un abcès, l'actinomycose à foyers localisés.

La pneumotomie doit être repoussée : dans la dilatation diffuse des bronches, dans la gangrène non limitée, dans les cavernes nombreuses.

Pour la pneumectomie, les conditions semblent reposer plus sur les données expérimentales que cliniques, bien qu'on l'ait pratiquée pour des tumeurs ou des hernies du poumon. L'auteur se contente de résumer ces faits connus sans prendre parti. A. CARTAZ.

Deux observations de pneumotomie pour gangrène du poumon, par de CÉRENVILLE (*Revue médicale Suisse romande*, *XII*, 229, *avril* 1892).

1° Jeune homme de 18 ans, à hérédité tuberculeuse, entré à l'hôpital pour des accidents de gangrène pulmonaire; les phénomènes cavitaires se perçoivent autour de la pointe de l'omoplate, dans une zone ayant les dimensions d'un œuf. Une ponction pratiquée à la base droite ne donne que de la sérosité rougeâtre. Le 26 juin, opération par Roux. Incision transversale à la hauteur de la neuvième côte qui est enlevée sur une longueur de 6 centimètres; ponction pleurale ne ramenant qu'un goutte de sang. Les plèvres paraissant suffisamment adhérentes, on incise le feuillet pariétal sans suture préalable ; une petite quantité d'air pénètre dans la cavité pleurale. Saisissant le poumon avec la pince de Museux, on le maintient entre les lèvres de la plaie jusqu'à ce que la couronne de sutures pleurales ait fermé hermétiquement le pourtour inférieur de l'ouverture où les plèvres s'étaient décollées. A 2 centimètres au-dessus de l'incision, on voit sur la portion du poumon fixée par la suture, une tache brunâtre qu'on incise ; le bistouri pénètre ainsi dans une excavation renfermant du pus épais, très fétide. Le pus évacué, l'excavation est bourrée de gaze iodoformée. Le lendemain, pneumothorax de toute la région antéro-latérale, mais le murmure vésiculaire existe partout. Apyrexie. Pansement sec iodoformé. Le 2 juillet, les signes du pneumothorax ont presque disparu. Le 4, exsudat pleural séreux, en avant; en arrière, augmentation de la matité à la base, ponction, pus fétide; incision dans le onzième espace, lavage avec eau salée, drainage. La plaie du poumon est rosée et laisse écouler un liquide ressemblant à de l'empois. Le 12, réapparition du pneumothorax antérieur droit avec refoulement du cœur dont la pointe bat à 5 centimètres en dehors du mamelon gauche ; 270 pulsations faibles. Lividité, dyspnée extrême. Incision dans le cinquième espace latéral droit, donnant issue à un litre de liquide verdâtre très fétide. De suite, le cœur reprend sa place, le pouls tombe à 132. Lavages boriqués. Les jours suivants, apyrexie, issue de fausses membranes fétides. A la fin de septembre, on enlève les drains. Exeat le 15 octobre. Au niveau de l'excavation pulmonaire, respiration soufflante aux deux temps, pas de râles. En mars 1892, santé parfaite; l'excavation a encore les dimensions d'un petit œuf.

2° Homme de 53 ans atteint de bronchite chronique et d'oppression depuis 3 ans. Il y a 8 jours, point sous le sein gauche, fièvre et fétidité des crachats. Emphysème pulmonaire. Râles sibilants et ronflants, des deux côtés. Dans

la région antéro-latérale gauche, de la 3e à la 6e côtes, attenant à la limite gauche du cœur, signes d'une grande excavation : matité, respiration amphorique, pectoriloquie, râles caverneux, etc. Expectoration abondante, très fétide, de mucopus renfermant des aiguilles d'acides gras, beaucoup de cellules graisseuses et de microorganismes, pas de fibres élastiques ni de parenchyme pulmonaire, ni de sang. Ponction exploratrice ne donnant que du sang. Opération presque in extremis, par Roux. Résection d'un fragment de la cinquième côte, dans la ligne axillaire, ouverture au thermo-cautère de l'excavation, très vaste et remplie de matières purulentes, sanieuses, extrêmement fétides. Drainage. Mort. A l'autopsie : péricardite villeuse, avec exsudat roussâtre. Adhérence pleurale complète à gauche. Dilatations ampullaires des bronches avec sclérose du tissu pulmonaire environnant. A la coupe du lobe inférieur, on trouve sur le bord antérieur une excavation de 4 centimètres sur 5, creusée dans un parenchyme gangréneux, entourée d'une coque d'hépatisation et communiquant avec une grosse bronche dilatée. Dans le poumon droit, les bronches sont moins dilatées.

De Cérenville pense que toute intervention opératoire, en cas de gangrène pulmonaire, doit être subordonnée à la constatation certaine d'une excavation d'assez grandes dimensions pour qu'il soit possible de lui attribuer toute l'expectoration.

D'autre part, il insiste sur la nécessité de n'employer dans le traitement consécutif des opérations pratiquées sur le poumon, que les pansements secs ; jamais d'injections qui amènent de la suffocation et entraînent les liquides septiques au centre du parenchyme. J. B.

Contribution à l'étude des angiomes de la langue, par E. LEFÈVRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Les angiomes de la langue sont rares; en rapprochant ses observations de celles publiées dans les thèses de Foucher, Jullian, Coutenot, L. a pu réunir 45 cas dont 29 appartiennent au sexe féminin.

L'étiologie de ces tumeurs dont on trouve les deux variétés, angiome simple et angiome caverneux, est assez obscure; dans certains cas, elles semblent bien d'origine congénitale.

Le diagnostic est simple : coloration, érectilité, mollesse, réductibilité. Leur évolution comporte un pronostic sérieux, car si l'on a signalé quelques faits de régression spontanée, la plupart du temps la tumeur tend à s'accroître, et parfois avec une grande rapidité. Elle peut alors s'ulcérer et donner lieu à des hémorragies graves et difficiles à arrêter.

L'auteur passe en revue les divers procédés de traitement : injections coagulantes, ligature d'artères et il s'arrête, comme procédés de choix, à l'extirpation radicale ou à la galvano-puncture. L'électrolyse utilisée pour des angiomes d'autres régions n'a pas été souvent employée pour ceux de la langue. A. CARTAZ.

Ueber Zungensarcom, par Max SCHEIER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 584, 13 *juin* 1892).

Homme de 28 ans; début de l'affection actuelle en juin 1890, par des douleurs linguales, et un peu de gêne de la déglutition. État le 2 janvier 1891 : Émaciation et pâleur. Dysphagie extrême ne permettant guère que l'alimentation liquide. Douleurs intenses à la partie postérieure de la langue, avec irradiation des deux côtés du cou et dans l'oreille gauche. Respiration un

peu difficile; fétidité extrême de la bouche, salivation modérée; parole indistincte et nasonnée. La tumeur n'est visible qu'au laryngoscope. Elle occupe toute la base de la langue; elle a une surface inégale, d'un brun sale, et se rapproche tellement de la paroi postérieure du pharynx que l'épiglotte et le larynx sont invisibles et qu'on ne distingue pas l'extrémité inférieure de la tumeur. En avant de la tumeur, immédiatement derrière les papilles caliciformes, se voit un bourrelet en forme de crête. La tumeur est de consistance molle. Au-dessous de l'angle maxillaire gauche, un ganglion mobile, indolore, gros comme un œuf de pigeon. Pas de fièvre. L'examen microscopique de plusieurs fragments excisés ne permet que le diagnostic vague de granulome. Insuccès de l'iodure potassique à hautes doses. L'examen d'un nouveau fragment, pris cette fois dans la profondeur, autorise le diagnostic de sarcome à petites cellules. Le 16 janvier, ablation de la tumeur, par l'opération de Langenbeck, précédée par la trachéotomie.

Cinq semaines après l'opération, récidive. Opération de cette récidive à la fin de février. L'examen microscopique révèle une tumeur de nature identique à la première, mais renfermant plus de fibres conjonctives. La guérison se maintient peu de temps. Vers la fin d'avril, adénite, d'abord à gauche puis à droite, comprimant les voies aériennes, de sorte qu'au commencement de juin,il fallut refaire la trachéotomie. Les tumeurs des deux côtés du cou ne cessèrent de grossir, et le 5 décembre le malade succombe à l'inanition et à la cachexie.

Autopsie : Du côté gauche du cou, tumeur grosse comme une tête d'enfant, commençant immédiatement au-dessus de la clavicule, dépassant la ligne médiane et remontant jusqu'au conduit auditif externe; du côté droit, tumeur de la grosseur d'une poire, située au-dessous de la mâchoire inférieure. Ces tumeurs, de consistance peu considérable, offrent sur place des points tout à faits ramollis. Noyaux sous-cutanés au niveau de la 7e côte droite au-dessus et à gauche du nombril, sur l'*S* iliaque, sur l'épiglotte, le larynx et le pharynx.

Scheier a trouvé dans la littérature 17 autres observations de sarcome lingual; les deux premières datent de 1869, et sont dues, l'une à Jacobi (*The Americ. j. of obstetrics*, l'autre à C. Hueter (*Berl. K. Woch.*, n° 32). Dans le cas de Jacobi, concernant un enfant de 3 mois, la tumeur était congénitale. L'étiologie en est complètement obscure.

Sur les 17 cas opérés, 7 ont présenté des récidives et seulement 3 des métastases viscérales.

Le diagnostic du sarcome lingual est extrêmement difficile, surtout avec la gomme syphilitique unique et profonde; l'examen microscopique, même répété, sur des fragments excisés ne résout pas toujours les difficultés; seul le traitement spécifique permet de trancher la question.

Le pronostic est moins fâcheux que celui du cancer. Des 13 opérés sur lesquels on a des renseignements, 1 seul a succombé aux suites de l'intervention (cas d'Albert, *Wiener med. Presse*, 1885, amputation de la langue, mort par pneumonie, le 8e jour). 5 malades ont eu des récidives, dont 2 seulement deux ans après l'opération (Hutchinson et Targett, *Guy's Hospit. Reports*, 1890); quant aux 2 autres récidives, ils ont été réopérés avec succès (Mandillon, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1888, et Mikulicz), et n'avaient pas encore de récidive nouvelle au bout d'un an. Les 7 autres sont demeurés guéris, pour 5 d'entr'eux plus d'un an, et notamment pour ceux de Butlin (*Lancet*, 1887) et de Poncet (*R. S. M.*, XXXIII, 666) plus de 4 ans, et pour celui de Bleything (*New-*

York med. J., 1888) 6 ans. Comme pour le cancer, l'opération doit être aussi précoce que possible. J. B.

Plaie de l'artère gastrique, par ZŒGE Von MANTEUFFEL (*St-Peterb. med. Woch.*, *n°* 10, 1892).

Un homme de 39 ans, dans un accès de delirium tremens, se donne un coup de couteau au-dessous du cœur dans l'hypochondre gauche. Collapsus et symptômes d'hémorrhagie abdominale. L'auteur essaie d'abord de mettre en évidence la plaie viscérale, en faisant au malade une injection de gaz hydrogène par l'anus : cette tentative est infructueuse. La plaie est ensuite agrandie, et avec beaucoup de peine on arrive sur le vaisseau sectionné qui est la coronaire stomacale. Ligature de l'artère et suture de l'abdomen. L'opération a duré 3 heures et causé un choc considérale au malade. Cependant il se remet, et guérit régulièrement, quand,le 10e jour,la plaie se rouvre dans une quinte de toux. Malgré cet accident, la guérison est complète au bout de trois mois. H. R.

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin, par E. DOYEN (*Arch. prov. de chirurgie*, *n°* 1, *p.* 23, *juillet* 1892).

12 observations personnelles de chirurgie stomacale.

3 *laparotomies exploratrices*, pour tumeurs de la région pylorique. 3 guérisons opératoires. Les malades moururent de leurs cancers inopérables : de l'épiploon gastro-colique, du pancréas, enfin de la face inférieure du foie.

1 *gastrostomie* pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, suivie d'une survie de plusieurs mois.

3 *pyloroplasties*. Un ulcère avec rétrécissement du pylore. Guérison et cessation complète des accidents. Un rétrécissement du pylore. Mort par adynamie le 15e jour. Enfin rétrécissement du pylore et mort le 3e jour par accidents cérébraux.

1 *pylorectomie classique*. Cancer du pylore. Résection de la tumeur. Réunion circulaire du duodénum à la plaie stomacale dont la partie exubérante fut refermée longitudinalement, de façon à donner une suture en raquette. Le malade était déjà très faible avant l'intervention. Celle-ci ayant duré deux heures, il mourut au bout de quarante-huit heures.

2 *pylorectomies combinées avec la gastro-entérostomie*. Dans l'une, cancer du pylore avec cachexie avancée. Laparotomie, exploration de la tumeur mobile, s'étendant sur le quart de la grande courbure et des deux faces de l'estomac et sur le duodénum jusqu'au voisinage du pancréas. On attire le jejunum maintenu au dehors. Isolement de la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire. Section de l'estomac qui est fermé par trois plans de suture, de même que le duodénum après sa section. Il reste à pratiquer la gastro-entérostomie. Union de la face antérieure de l'estomac incisée verticalement avec une incision longitudinale de l'anse intestinale. Suture des séreuses postérieures par deux plans de suture avant d'ouvrir les viscères. Incision au thermo-cautère. Puis deux autres plans de suture sur les lèvres antérieures. Réduction et sutures de la paroi à 3 étages. Durée de l'opération deux heures et demie. Trois semaines après, la malade digérait quelques aliments solides. Depuis,

les forces sont revenues, et l'alimentation se fait de mieux en mieux. Dans l'autre : cancer du pylore. Ganglions cancéreux dans le voisinage. Pylorectomie (avec extirpation des ganglions) et abouchement dans le jejunum de la section stomacale (gastro-entérostomie spéciale). Mort le 10e jour à la suite d'une perforation au niveau d'un point de suture.

2 *gastro-entérostomies* : 1° Cancer de l'estomac inopérable de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure. Le malade guérit sans incident, et les suites de l'opération ne présentèrent comme particularité que quelques régurgitations bilieuses dues à la pénétration de la bile par l'ouverture gastro-jéjunale. 2° Rétrécissement fibreux du pylore. Gastro-entérostomie postérieure après s'être assuré par la palpation de la nature non néoplasique du rétrécissement. Opération récente faite en vue d'amener la cessation des hématémèses et de permettre un régime possible au malade. Dans ces deux opérations, l'anse intestinale fut suturée à la paroi postérieure de l'estomac, après être passée par une boutonnière créée à travers le mésocôlon.

20 cas de chirurgie de l'intestin en dehors des cas de cancers du rectum se répartissant ainsi :

14 opérations pour anus contre-nature sans résection des tuniques intestinales ayant porté 2 fois sur l'intestin grêle et 12 fois sur l'*S* iliaque. Une seule mort en 24 heures d'une malade opérée *in extremis*.

6 résections de l'intestin, suivies 4 fois de sutures perdues et de réduction dans la cavité péritonéale ; deux fois il fut nécessaire de pratiquer l'anus contre nature. Sur ces 6 résections de l'intestin qui ont porté 2 fois sur l'intestin grêle, 1 fois sur l'iléon et le cœcum, 1 fois sur le cœcum, 1 fois sur l'angle droit du côlon, 1 fois sur l'*S* iliaque, il y eut 2 morts, toutes deux dues à une cause étrangère à l'opération et qu'il était impossible de prévoir.

Dans les cas de tumeur stomacale ou intestinale, l'auteur conclut à l'intervention hâtive et radicale dès que le diagnostic peut être soupçonné et qu'on doit vérifier par une laparotomie exploratrice. Quant aux fistules et anus anormaux, l'intervention est indiquée toutes les fois que le malade est encore en état de subir l'anesthésie chloroformique, et que l'on est sûr qu'il n'existe pas en aval un obstacle infranchissable.

Manuel opératoire. — Pour la *gastrostomie*, incision sur la ligne médiane, petite, permettant une hernie de la paroi stomacale, suturée et ouverte en un second temps seulement le 2e ou 3e jour. Dans certains cas urgents, on peut lier la paroi stomacale sur une sonde à demeure. Dans les interventions sur l'estomac, on doit suivre la règle de conduite suivante : s'il existe un rétrécissement médiocre du pylore, faire l'incision longitudinale du sphincter et sa suture transversale, c'est-à-dire la *pyloroplastie*. S'il existe un rétrécissement pylorique fibreux ou accentué avec adhérences, *gastro-entérostomie*. Enfin s'il existe un néoplasme de l'estomac, avec ou sans ganglions engorgés, il faut opérer aussi largement que possible et pratiquer une large *pylorectomie*. Est-on dans le doute? Il faut agir comme si c'était à coup sûr un cancer. A la pylorectomie classique, il faut préférer la gastro-entérostomie après la fermeture séparée du duodénum et de l'estomac.

La gastro-entérostomie postérieure est préférée à l'antérieure. Enfin, quant à ce qui concerne la chirurgie de l'intestin, « la résection de l'in-

testin, suivie de l'entérorraphie circulaire, est le seul traitement rationnel des fistules intestinales et de l'anus contre-nature, et doit désormais être préférée à l'entérostomie de Dupuytren. » F. VERCHÈRE.

Extirpation du cancer de l'estomac. Étude sur un cas de guérison, par L. DEFONTAINE (*Arch. prov. de chirurgie, n° 1, p. 77, juillet* 1892).

Mme X..., 34 ans. Depuis janvier 1892, il y a de temps en temps des vomissements, peu fréquents mais très abondants et violents. D'abord alimentaires, ils ont pris une teinte chocolat. En avril 1892, on trouve dans l'abdomen une tumeur mobile de droite à gauche, du volume d'un rein flottant. Régime lacté. Du 15 avril au jour de l'opération, deux vomissements de couleur marron foncé. On diagnostique cancer de l'estomac.

Opération le 1er mai 1892. Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. La tumeur est attirée au dehors, globuleuse, du volume d'une pomme, siégeant dans l'estomac, adhérente à l'épiploon gastro-hépatique, qui semble suspect et réséqué entre deux ligatures.

La tumeur est excisée aux ciseaux. La muqueuse saigne abondamment. Pinces en T. L'estomac est vide. De même, incision du côté du duodénum en tissus sains. La tumeur est constituée par un anneau squirreux complet, large de 5 à 6 centimètres, et qui occupait la région voisine du pylore. La hauteur verticale de la partie extirpée est du côté stomacal de 12 centimètres; de 5 du côté duodénal.

Sutures qui ont consisté en surjets entrecoupés ou sutures continues spiroïdes segmentées. Il a été fait une double rangée de sutures. La suture muco-muqueuse de l'estomac fut d'abord faite dans la partie supérieure. Elle fut conduite jusqu'à rétrécir l'orifice gastrique à une dimension correspondant à celle de l'orifice duodénal.

L'estomac et le duodénum étant alors rapprochés et renversés tous deux en dehors de façon à présenter et mettre en rapport les séreuses de leurs faces postérieures, on fait en arrière une suture séro-séreuse non perforante et prenant les séreuses à une distance de 5 à 8 millimètres des bords sectionnés. Puis suture muco-muqueuse gastro-duodénale postérieure en surjet, les nœuds en dedans. Celle-ci terminée, on fait la suture muco-muqueuse gastro-duodénale antérieure, les nœuds étant placés en dehors; enfin une suture séro-séreuse d'abord gastrique dans la partie située au-dessus de l'insertion du duodénum, puis gastro-duodénale, recouvre la suture muqueuse gastrique et gastro-duodénale. Quelques sutures de renforcement sont placées par points isolés. Réduction de l'estomac. Suture de la paroi. L'opération a duré deux heures et demie.

Les suites furent excellentes. Le 26 mai, l'amélioration de l'état général s'accusait rapidement sous l'influence d'une bonne alimentation; l'amaigrissement est considérablement diminué.

La pylorectomie est donc l'opération qui conserve sans conteste la place d'honneur au point de vue chirurgical et thérapeutique dans le traitement du cancer de l'estomac; elle convient aux cancers avec adhérences faibles, qu'il est assez rare malheureusement de rencontrer au moment où l'opérateur est appelé à agir; si elle ne peut être faite dans de bonnes conditions, il faut se contenter de la gastro-entérostomie.

La suture spiroïde continue, entrecoupée, présente des avantages sérieux. Enfin l'opération chirurgicale est le seul moyen que l'on possède de lutter contre un mal aussi fréquent et aussi redoutable que le cancer de l'estomac, et il importe d'y avoir recours de bonne heure et hardi-

ment, laissant au contraire de côté les malades trop cachectiques qui ont attendu trop longtemps avant de se décider à une opération.

F. VERCHÈRE.

La gastro-entérostomie. La jéjuno-duodénostomie. La résection du pylore, par JABOULAY (*Arch. prov. de chirurgie, n° 1, p. 1, juillet* 1892).

Les insuccès de la pylorectomie (2 observations personnelles, 2 morts) doivent la faire rejeter, et les succès que l'on obtient avec les méthodes palliatives doivent faire préférer ces dernières.

Deux observations de gastro-entérostomie par la méthode de Wœlfler se terminent fort heureusement. Dans l'une, la malade est bien deux mois et demi après son opération, mangeant très suffisamment. Elle ne vomit que tous les huit ou dix jours, parfois tous les trois ou quatre jours. Elle a engraissé de 500 grammes, quoique la tumeur du pylore ait sensiblement grossi et présente le volume des deux poings. Dans l'autre, au bout de deux mois elle recommençait à vomir des matières sanguinolentes et à uriner. Son état aurait empiré.

Les accidents qui surviennent à la suite de la gastro-entérostomie peuvent être rapportés aux progrès du cancer, à l'accumulation des matières néoplasiques ou alimentaires dans le duodénum, au rétrécissement possible de la bouche jéjuno-stomacale. Rien de possible pour atténuer la première et la troisième cause. Contre la seconde, Jaboulay associe à la gastro-entérostomie une anastomose jéjuno-duodénale.

Dans une observation où furent combinées ces deux opérations, la malade, un mois après, avait augmenté de 1 kilogramme. L'alimentation est restée parfaite sans vomissements, sans douleurs.

L'opération comprend cinq temps distincts : 1° La laparotomie, incision allant de l'appendice xyphoïde au-dessous de l'ombilic; 2° recherche de l'estomac, de son néoplasme et de sa face antérieure que l'on saisit en faisant un pli au niveau de la ligne horizontale passant par le milieu de l'orifice pylorique. Le grand épiploon relevé au devant de l'estomac, on recherche la troisième portion du duodénum, que l'on suit et permet de trouver la première portion du jejunum, que l'on attire et que l'on fait passer au devant de l'estomac, de l'épiploon. Dès ce moment, un pli sur la convexité de l'anse sera mis en contact avec le pli de la face antérieure de l'estomac ; 3° établissement d'une boutonnière stomacale et d'une boutonnière jéjunale, et suture hermétique. Longueur des incisions 4 centimètres au moins. Procédé des sutures, celui dit des deux boutonnières. On fait un premier plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures, un deuxième sur les muqueuses de ces mêmes lèvres, un troisième sur les muqueuses des lèvres antérieures, un quatrième enfin sur les séreuses de celles-ci; 4° anastomose de la partie de l'anse jéjunale sous-jacente à l'ouverture stomacale avec la troisième portion du duodénum, en suivant les mêmes règles opératoires que pour l'anastomose gastro-jéjunale; 5° réduction de l'estomac et de l'intestin, et suture des lèvres de la plaie abdominale, à trois étages.

F. VERCHÈRE.

Sequel of case of gastro-enterostomy, par LARKIN (*Lancet*, 28 *novembre* 1891).

Larkin rapporte l'observation d'un malade atteint d'obstruction du pylore. La gastro-entérostomie fut pratiquée dix mois après le début des accidents. Après un soulagement de deux mois, ceux-ci reparurent et l'on dut faire la jéjunostomie. Le malade réussissait à peu près à s'alimenter, quand il fut pris de vomissements et mourut en quelques jours. A l'autopsie on trouva tout l'intestin grêle hernié dans un large orifice, creusé dans le grand épiploon et le mésocôlon transverse. Cet orifice avait été sans doute créé lors de la première opération. A.-F. PLICQUE.

Un cas de gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac, par MICHAUX (*Bull. acad. méd. et Gaz. des hôpit.*, 30 *juin* 1892).

Femme atteinte d'un cancer de l'estomac, donnant environ 10 centimètres comme dimensions transversales et situé un peu plus à gauche de la ligne médiane qu'à droite. La laparotomie montre qu'il s'agit bien d'un cancer occupant la petite courbure, le pylore et l'antre du pylore; la tumeur est mobile, pas de généralisation apparente. La gastro-entérostomie est alors pratiquée par le procédé de von Hacker. Une brèche étant faite avec le doigt dans le feuillet postérieur du grand épiploon, la face antérieure de la première anse d'intestin grêle, qui fait suite au duodénum, et la face postérieure de l'estomac sont attirées au dehors et mises en contact et l'on procède ensuite à la pose des sutures, deux rangées de sutures postérieures et supérieures; deux rangées de sutures antérieures et inférieures, les unes à points séparés et les autres en surget : cela fait, l'intestin d'abord, puis l'estomac ont été incisés au thermocautère et leurs muqueuses ont été réunies par un ou deux points. Suites opératoires excellentes. Comme résultats définitifs : disparition des vomissements et des douleurs; augmentation de poids de 28 livres en un mois et demi; retour des forces. OZENNE.

Cicatricial stricture of pylore... pyloroplasty, par LIMONT et PAGE (*Lancet, p.* 84, 9 *juillet* 1892).

Page a pratiqué la pyloroplastie pour un rétrécissement cicatriciel du pylore, paraissant avoir eu pour première cause, une très violente contusion de l'épigastre. Procédé de Heike Mikulicz. Suites très simples. Alimentation exclusivement par la voie rectale pendant huit jours. Un mois après l'opération le malade avait gagné huit livres de poids, trois mois après il avait gagné plus de seize livres. A.-F. PLICQUE.

Compresse oubliée dans le ventre et sortie spontanément par le rectum, par PILATE (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p.* 251).

La malade opérée le 4 avril 1891, pour un fibromyome enclavé, eut, du deuxième au sixième jour, des vomissements, un peu de ballonnement du ventre. Légère phlébite du membre inférieur droit du dixième au vingt-huitième jour. Chute de la partie sphacelée du pédicule le trentième jour.

Pendant quatre mois, santé excellente.

Au mois d'août, douleurs vives dans la région hépatique attribuées à la présence de calculs biliaires.

Le 22 octobre, six mois et demi après l'opération, douleurs violentes à l'épigastre, puis dans les flancs ; ballonnement du ventre, vomissements, constipation ; pas de fièvre.

Plus tard apparaît une tuméfaction de la fosse iliaque gauche. Enfin la fièvre, l'aggravation de l'état général faisaient craindre une terminaison fâcheuse, lorsque, le 4 décembre, la malade expulsa par le rectum une com-

presse éponge englobée dans une grosse masse dure de matières fécales. Guérison complète en quinze jours.

Quénu cite un cas dans lequel une compresse fut oubliée au cours d'une laparotomie. Mort le cinquième jour sans péritonite.

Terrier rapporte un fait de Terrillon, dans lequel une pince à pression est restée dix-huit mois dans le ventre et a été extraite par l'ombilic, et un autre fait personnel d'oubli d'une éponge qui provoqua en trois jours une péritonite suraiguë. C. WALTHER.

Une nouvelle méthode de chirurgie intestinale, par Windenham MAUNSELL (*Americ. j. of the med. sc., p.* 245, *mars* 1892).

Depuis dix ans l'auteur emploie la méthode qu'il publie aujourd'hui. Elle repose sur les adhérences obtenues spontanément dans les cas d'invagination et tend à réaliser chirurgicalement les conditions qui rendent possible, dans ces cas, l'élimination d'une plus ou moins longue portion de l'intestin.

Cette méthode peut s'appliquer à tous les cas d'entérectomie et aussi aux résections de l'estomac (pylorectomie), aux anastomoses entre elles des diverses portions du tube digestif. En prenant l'entérectomie pour exemple, elle consiste dans les manœuvres suivantes :

Application de deux pinces sur les deux bouts de l'intestin sectionné, puis réunion temporaire par deux points de suture des lèvres de section, placés, l'un à l'insertion mésentérique, l'autre au point diamétralement opposé. Puis, incision longitudinale sur le bout dilaté de l'intestin, commençant à deux travers de doigt de la ligne de résection et dont la longueur varie avec le volume du bout intestinal qui doit être invaginé. A ce moment on fait passer les chefs des deux points de suture d'attente par cette incision, de la cavité intestinale vers l'extérieur, ils entraînent avec eux les deux extrémités de l'intestin réséqué, qui se trouvent ainsi invaginées et font issue à travers l'incision longitudinale. Il est alors facile de suturer, par une ligne de vingt points de suture à peu près, passant à travers toutes les tuniques de l'intestin, les deux surfaces invaginées et cela à une distance notable de la ligne de résection. Cela fait, on fait rentrer l'intestin hernié par l'incision longitudinale, l'invagination est constituée et suturée, et on ferme par une suture continue l'incision longitudinale.

Des diagrammes nombreux rendent très claire l'explication de ce procédé que l'auteur recommande dans tous les cas de résection du tube digestif.

Pour faire les sutures de l'intestin il préfère le crin de cheval ou le très fin catgut à la soie. F. VERCHÈRE.

Deux cas de tuberculose localisée de l'intestin guéris par l'entérectomie, par LANZ (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 12, *p.* 384, 15 *juin* 1892).

1er *cas*. Femme opérée par Kocher en 1887. Elle présentait depuis 7 ans les symptômes d'un étranglement chronique à évolution progressive. A la partie inférieure droite de l'abdomen, on percevait une tumeur sensible à la pression. L'opération fit reconnaître que cette tumeur, infiltrant circulairement une anse d'intestin grêle, avait produit un rétrécissement très considérable. Résection de l'anse malade. L'examen microscopique fait par Langhans montra qu'il s'agissait d'un lupus développé sur la muqueuse intestinale.

2e *cas*. Femme de 40 ans ayant depuis 9 mois des phénomènes de rétrécissement de l'intestin. Opération par Sachs qui réséqua une tumeur siégeant à l'union de l'iléon avec le cœcum. La couche sous-muqueuse, la tunique musculeuse et la séreuse de l'intestin présentaient des granulations tuberculeuses.

J. B.

Ueber Resection des Blinddarms bei carcinomätöser und narbiger Stenose (Résection du cœcum dans les rétrécissements carcinomateux et cicatriciels), par MATLAKOWSKI (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIII*, 4 *et* 5, *p.* 321).

Cette importante étude d'ensemble sur la résection du cœcum dans les rétrécissements cancéreux et cicatriciels renferme d'abord le résumé des 27 cas antérieurement publiés, puis 2 observations personnelles très détaillées. La première de ces dernières a trait à un carcinome ordinaire accompagné d'un notable rétrécissement; la deuxième à un cancer colloïde, avec induration inflammatoire très marquée dans la région et abcès. On a réséqué 17 fois le cœcum pour des néoplasmes (19 avec les observations de Matlakowski); 7 fois pour de la tuberculose; 3 fois pour des rétrécissements cicatriciels (Maydl, Trombetta); remarquons en passant qu'une seule de ces opérations a été pratiquée dans notre pays par Bouilly (lymphosarcome). Quelques-unes des remarques de Matlakowski méritent d'attirer l'attention. C'est ainsi qu'il insiste d'abord sur la symptomatologie si obscure du cancer cœcal à ses débuts; sur la fréquence de cette affection, qui n'est pas si rare qu'on a voulu le dire; sur l'évolution du néoplasme, laquelle a lieu avec une certaine lenteur, dans les premiers temps de la maladie tout au moins. Inutile d'insister sur les difficultés du diagnostic : il est même aujourd'hui impossible de reconnaître, pièce anatomique en main, la tuberculose du cancer du cœcum. L'opération de choix est théoriquement, pour le cancer, la résection suivie d'entérorraphie immédiate ou, si cette dernière n'est pas praticable, d'entéro-anastomose (ne jamais avoir recours à l'anus contre nature après résection). Mais si l'état du malade est trop grave, s'il y a des accidents d'obstruction, il faut faire d'abord l'*anus contre nature* sur l'intestin grêle, aussi près que possible de la valvule iléocœcale; puis, quand l'opéré a récupéré ses forces et que son état général est devenu bon, on pratiquera soit l'entéro-anastomose dans les cas de tumeurs impossibles à enlever, soit la résection avec entérorraphie. Pour l'entéro-anastomose, l'auteur préfère les procédés de Senn et de Salzer. Quand il est impossible de faire en une seule séance la résection suivie d'entérorraphie ou d'entéro-anastomose, on peut se borner à pratiquer l'entéro-anastomose ou l'entérorraphie, en se contentant de préparer l'élimination du néoplasme transporté hors de la cavité abdominale; plus tard seulement, l'abouchement intestinal s'étant produit, on enlève la tumeur. Dans les cas favorables, l'opération de choix peut donner des résultats excellents pendant de longues années : les fonctions digestives se rétablissent et l'état général redevient aussi satisfaisant que possible.

MARCEL BAUDOUIN.

Ueber die Operationsmethoden bei Rectumcarcinom und deren Enderfolge, par G. B. SCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, no 24, *p.* 573, 13 *juin* 1892).

De 1886 à 1891, il a été traité à la clinique de Czerny, 82 cancers

du rectum, dont 68 (83 0/0) ont été l'objet d'une opération radicale, 8 d'une opération palliative, tandis que les 6 restants étaient inopérables. On n'admet plus d'autres contre-indications à l'opération radicale que l'envahissement de la vessie ou l'immobilisation de la partie supérieure de la tumeur au-dessus de la symphyse. Il n'en est pas de même des adhérences à la paroi vaginale postérieure ou à la prostate, et très souvent, en même temps que le rectum, on a enlevé la portion postérieure de la prostate et les vésicules séminales.

Les méthodes opératoires auxquelles on a eu recours ont été, tantôt celles de Lisfranc ou de Dieffenbach, tantôt celles de Kocher ou de Kraske. Sur les 15 opérations par le procédé de Dieffenbach, aucune n'a donné le résultat cherché.

Chez 5 malades opérés par la méthode de Kraske, l'union des deux bouts de l'intestin ne pouvant se faire, sans une distension exagérée, on fendit, sur la ligne médiane postérieure, le segment inférieur du sphincter et l'on sutura isolément chacune de ces moitiés au bout central, sans refermer l'incision médiane. Il en résulta une inertie temporaire du sphincter qui disparut 4 fois sur 5. Dans un cas où, suivant le précepte d'Hochenegg, on fit passer le bout central de l'intestin à travers le bout périphérique, afin de le fixer à la peau de l'anus, on ne put éviter la gangrène de l'extrémité inférieure du bout supérieur.

Des 32 opérés par une méthode périnéale (Lisfranc ou Dieffenbach), un seul a succombé aux suites de l'opération, soit une mortalité de 3,1 0/0. Des 36 opérés par la région sacrée, 7 sont morts, soit une mortalité de 19,4 0/0. 6 sur 7 de ces opérés ont succombé à une péritonite septique ; chez aucun d'eux, le péritoine n'avait été suturé. Chez 3 autres, on ne put achever l'opération, vu l'extension inattendue de la maladie. La mortalité générale des 68 cancers du rectum opérés radicalement est donc de 11,7 0/0, tandis que la mortalité moyenne des autres chirurgiens s'élève à 21,3 0/0.

Des 59 malades qui ont quitté l'hôpital, après une opération radicale, 25 sont morts dans le cours des six dernières années. On manque de renseignements sur 6 autres. Des 28 survivants, 10 ont subi l'opération par le périnée et 18 par le sacrum. 12 d'entre eux ont déjà dépassé le terme critique de deux ans ; les plus anciens ont 5 3/4 ans de survie. Parmi eux, 4 seulement ont des récidives.

Au point de vue de la rétention volontaire des matières fécales, les meilleurs résultats sont obtenus par la voie sacrée avec entérorraphie circulaire ; viennent ensuite les cas de réunion au bout central du bout sphinctérien divisé. La grande majorité des cas d'anus périnéal procure encore une contention relative ; en revanche l'incontinence n'a jamais pu être évitée dans les anus sacrés. (*R. S. M.*, XIX, 686 ; XXVI, 275 ; XXXII, 241 et 608 ; XXXIV, 261 ; XXXVIII, 679). J. B.

Traitement des appendicites. Discussion à la Soc. de chir. (*Bullet. Soc. de chir.*, *XVIII*, *p.* 125 *à* 438).

Au cours de cette longue discussion provoquée par un rapport de Reclus sur une observation de Régnier de Nancy, un grand nombre de documents ont été apportés à la Société de chirurgie, certains faits nouveaux mis en lumière; l'accord semble complet sur certaines indications

opératoires, sur quelques points de la valeur comparative du traitement médical et du traitement chirurgical.

Dans la dernière séance consacrée à cette discussion, Reclus a résumé d'une façon très claire et très précise les conclusions qui se dégagent de l'étude de la masse des documents versés au débat :

Terrier, Bouilly, Reynier et Reclus ont donné des observations d'appendicites et de typhlites tuberculeuses.

Au point de vue des indications opératoires, les appendicites d'origine inflammatoire ont été divisées en 3 groupes : 1° appendicites avec péritonite généralisée; 2° appendicites à répétition; 3° appendicites avec foyer localisé dans la fosse iliaque.

1° *Appendicites avee péritonite généralisée.* De l'avis unanime, il faut intervenir, sans grand espoir de succès d'ailleurs; mais la laparotomie offre la seule chance de salut et Routier a obtenu ainsi 1 succès, Jalaguier a eu 2 guérisons sur 14 laparotomies faites dans ces conditions chez des enfants.

2° *Appendicites à rechutes.* L'intervention semble aussi nettement indiquée et acceptée presque par tous. Quénu a rassemblé 39 faits d'intervention « à froid » sans un seul insuccès. Reclus en a rapporté ultérieurement un nouvel exemple. La bénignité de l'opération faite dans une période d'accalmie des accidents peut être ici opposée à la gravité possible des complications toujours imminentes. L'intervention est indiquée pour Reclus lorsqu'à la suite d'une ou de plusieurs crises, persistent des signes locaux, tumeur appréciable dans la fosse iliaque, douleur spontanée ou à la pression, troubles dyspeptiques etc.

3° *Appendicites aiguës localisées.* Dans les cas où l'abcès assez volumineux est nettement fluctuant, l'hésitation n'est pas possible et l'incision, l'évacuation et la désinfection du foyer s'imposent, de l'avis de tous.

Mais dans les formes, très fréquentes, caractérisées par un foyer induré plus ou moins localisé, la conduite à tenir a été plus discutée. Berger et Jalaguier conseillent de s'abstenir et de se contenter d'un traitement médical, au moins lorsque l'état général, loin de s'aggraver, s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tuméfaction tend à rétrocéder. Ils citent nombre de cas dans lesquels la guérison a été obtenue, malgré cette abstention systématique, et ils ajoutent aux faits de leur pratique, les observations de beaucoup de médecins français, anglais et allemands. « Le sentiment actuel, dit Quénu, semble être d'apporter une grande réserve dans l'intervention chirurgicale; instituer le traitement médical et n'opérer qu'en cas de péritonite diffuse on en cas de foyers de suppuration, limiter son intervention à une ouverture d'abcès sans recherches de l'appendice. »

Reclus a soutenu au contraire que, dès que la tuméfaction s'accuse, dès que dans la fosse iliaque apparaît le plastron caractéristique, il existe une collection purulente soumise aux règles thérapeutiques de tous les abcès : l'incision, l'évacuation. La chute de la température, la rétrocession du foyer ne suffisent pas pour révoquer en doute l'existence du pus; ce qui permet d'affirmer au contraire sa présence c'est qu'on l'a trouvé toutes les fois qu'on a incisé la tuméfaction de la fosse iliaque. Reclus s'appuie non seulement sur sa propre pratique, mais sur

celle de Sonnenburg, sur celle de Roux qui ouvrent aussi systématiquement les appendicites dès qu'ils constatent l'existence d'un foyer. Les guérisons signalées et dûment constatées ne sont peut-être pas définitives comme on semble l'espérer, la récidive est toujours à craindre; d'autre part, l'opération n'est pas dangereuse par elle-même et jamais la terminaison fatale n'est survenue du fait de l'intervention. Plusieurs observations montrent une péritonite rapidement mortelle éclatant brusquement plus ou moins longtemps après une guérison en apparence complète. Aussi Reclus conclut-il à l'intervention systématique dans les trois formes d'appendicites. C. WALTHER.

I. — Occlusion des Dünndarms durch einen Gallenstein (Occlusion intestinale par calcul biliaire; laparotomie; mort), par BIRCHER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 5, *p.* 142, 1er *mars* 1892).

II. — A large gall stone... (Calcul biliaire éliminé par le rectum sans symptômes prémonitoires de colique hépatique), par T. Sydney SHORT (*Brit. med. j.*, *p.* 1019, 14 *mai* 1892).

III. — Expulsion of an immense gall stone (calcul biliaire) under the action of chloral, par WILLIAMS (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, *p.* 682, 28 *mai* 1892).

I. — Femme de 60 ans, ayant depuis 2 ans des troubles digestifs avec inappétence et constipation ; à quelques années de distance, deux accès de cardialgie. Pas d'ictère.

Etat actuel : vives douleurs abdominales suivies de nausées, puis de vomissements. Abdomen mou et rétracté, sauf à la partie inférieure droite, où l'on sent une résistance profonde. Lavages de l'estomac et de l'intestin, Vomissement fécaloïdes ; douleurs spontanées au-dessous de la région iléo-cæcale, qui est sensible à la pression. Pas de hernies.

Laparotomie. Injection des anses intestinales sans exsudat péritonitique. Une anse intestinale placée au niveau de l'ovaire droit renferme un corps allongé, mobile seulement un peu vers le haut ; cette anse présente, au voisinage du mésentère, quelques points jaunâtres et répand une odeur fécaloïde. Résection de 20 centimètres de l'intestin, dont la muqueuse offrait un certain nombre d'ulcérations ; la plus grande avait 7 centimètres de long sur 2 de large ; d'autres points étaient indurés. Le contenu intestinal peu abondant était formé uniquement de mucus. Entérorraphie sur trois étages. Collapsus et mort 10 heures après l'opération, sans autopsie.

Le calcul pyriforme pesait 52 grammes et avait une longueur de 7 centimètres; son diamètre maximum était de 3cm2; sa surface était noirâtre et lisse. Il était composé d'un noyau blanchâtre de cholestérine, long de 2 centimètres 1/2 et épais de 2; son écorce stratifiée, de couleur rouillée, de consistance friable, était formée de bibirubine et de chaux. J. B.

II. — Homme de 62 ans, entré à l'hôpital en octobre 1891 pour une bronchite tenace avec point de côté à droite quand il toussait ou respirait profondément. Au printemps, la bronchite avait diminué, mais la douleur persistait ; finalement l'appétit s'était perdu, et le malade était devenu cachectique. L'auscultation n'indiquait rien à la poitrine, mais l'état général faisait soupçonner un cancer. Un jour, en allant à la selle, il rendit un volumineux calcul biliaire, et la douleur de côté disparut progressivement. H. R.

III. — Une dame de 72 ans, après un dîner copieux, fut prise d'accidents qu'on rapporta à une attaque du choléra morbus, puis les symptômes disparurent à l'exception des vomissements. La malade se plaignait de douleurs abdominales, et on trouva une tumeur bien définie dans la région iléo-cæcale,

on crut a une intussusception. On prescrivit du chloral; tous les accidents disparurent, et en même temps la malade rendit un calcul biliaire de 5 centimètres de long, 3 centimètres de diamètre et 10 centimètres de circonférence. MAUBRAC.

Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire passé dans l'intestin. Laparotomie et entérotomie. Guérison, par POUZET (*Arch. prov. de chirurgie, n° 2, p.* 184, *août* 1892).

V... âgée de 75 ans, était le 31 octobre 1851, amenée à l'hôpital de Cannes, avec tous les symptômes aigus d'un étranglement interne.

Elle avait été prise brusquement de coliques violentes et de vomissements cinq jours auparavant.

Laparotomie. Incision exploratrice sur la ligne médiane. Plusieurs anses intestinales apparaissent rouges, vascularisées, distendues, sauf une d'elles, qui est, au contraire, pâle, vide, aplatie. En déroulant l'intestin, au bout d'un mètre on trouve un corps dur sur lequel l'intestin est en quelque sorte contracté et qu'on ne peut mobiliser.

Incision de l'intestin. On extrait un calcul biliaire du poids de 12 grammes, de 4 centimètres de long sur 2 1/2 de haut et 3 de large. Suture longitudinale de l'intestin. Guérison rapide. La malade sort au bout d'un mois.

En relevant les cas analogues, l'auteur n'a trouvé sur 21 cas que 6 guérison, après laparotomie et entérotomie, qu'on doit considérer comme opération de choix. F. VERCHÈRE.

Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique, par A. BOIFFIN (*Archiv. prov. de chirurgie, n° 4, p.* 291, *octobre* 1892).

Le traitement médical est insuffisant et entraîne une mortalité énorme; de plus, il fait retarder l'intervention chirurgicale, qui doit être précoce. Le traitement par les moyens mécaniques simples doit être rejeté comme insuffisant, aveugle et dangereux.

Le traitement chirurgical sera appliqué dès que le diagnostic sera posé ou seulement soupçonné, sans attendre l'apparition d'accidents aigus, qui aggravent les lésions et constituent la condition la plus fâcheuse pour l'intervention. La laparotomie sera médiane ou latérale, selon le siège de la tumeur.

On tentera la désinvagination en suivant les préceptes d'Hutchinson. Si la réduction est impossible, on fera la résection de la masse de l'invagination; alors, si le jeune âge, l'état général du sujet contrindiquent une opération complexe et de longue durée, on fera l'anus contre-nature.

Mais le procédé de choix sera l'entérorraphie intestinale sous l'une de ses formes, selon la disposition des parties : entérorraphie circulaire, entérorraphie circulaire avec fente, entérorraphie longitudinale, implantation latérale de Senn, apposition latérale de Senn. Si les parties invaginées sont sclérosées et constituent un rétrécissement fibreux simple, l'entéro-anastomose sans résection préalable sera constituée soit par une iléo-colostomie, soit une colo-colostomie, soit une colo-rectostomie.

Quel que soit le procédé employé, le taux de la mortalité s'abaissera d'autant plus que l'intervention sera plus précoce. F. VERCHÈRE.

Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale, par J.-R. COMTE (*Revue médic. Suisse romande, XII, p.* 133, 189 *et* 261, *mars, avril et mai* 1892).

Comte a pu vérifier l'exactitude du signe que von Wahl (*R. S. M.*, XXXIV, 660) a indiqué pour reconnaître le siège d'un étranglement interne. Quelques heures seulement après le début des accidents, il remarqua la présence, dans la région ombilicale, d'une sorte de voussure, peu marquée à la vue, mais nettement appréciable à la palpation, et ne présentant ni mobilité, ni mouvements péristaltiques. La laparotomie, faite séance tenante, confirma le diagnostic d'étranglement de l'intestin grêle. A l'endroit correspondant à la voussure, on trouva tout un paquet d'intestin grêle étranglé à travers un orifice anormal de l'épiploon. Or, tandis que le reste des intestins n'offrait encore aucune trace de ballonnement, les anses étranglées, depuis trois heures seulement, étaient déjà notablement dilatées et hyperémiées, et elles se présentèrent les premières. Guérison parfaite.

Comte a eu également l'occasion d'opérer une fillette de 15 mois, encore au sein et malade depuis deux jours à la suite d'un brusque mouvement de frayeur. Vomissements bilieux, pas de fièvre; ventre non météorisé. Au-dessus du pubis et remontant jusque près de l'ombilic, tumeur médiane, arrondie, molle, élastique, ressemblant tout à fait à une vessie distendue; l'enfant n'avait eu aucune miction depuis douze heures. Le lendemain, bien que l'enfant eût uriné, la tumeur n'était pas diminuée; pas de selle depuis deux jours, malgré des lavements; tendance au collapsus. Laparotomie qui permet d'arriver sur une tumeur arrondie, distendue, un peu bosselée, très amincie. Cette tumeur, évidemment kystique, était largement implantée sur une anse d'intestin grêle, vide et aplatie, mais elle ne communiquait pas avec l'intérieur de cette dernière. En suivant un des bouts de l'anse vide, on parvient en haut à une ouverture du mésentère située sous une autre portion d'intestin grêle. Cette ouverture était assez grande pour laisser passer le doigt, mais beaucoup trop petite pour la faire franchir par la tumeur. Une ponction ne donna issue qu'à quelques gouttes d'un liquide muqueux, filant. Excision du kyste, avec abandon de sa portion adhérente à l'intestin, dont il est impossible de la séparer. On parvint alors, sans peine, à sortir l'anse étranglée de l'orifice mésentérique. Au-dessus de cet orifice anormal, l'intestin était dilaté, hypertrophié, tandis que l'anse étranglée était vide, aplatie et pâle. Mort dans le collapsus au bout de deux heures. L'anse qui supportait le kyste était située à l'union du 1/4 supérieur avec les 3/4 inférieurs de l'intestin grêle; elle était pleine de matières liquides.

Comte a pratiqué une fois la synentérostomie ou entéro-anastomose dans les conditions suivantes : Homme de 70 ans, ayant une obstruction intestinale absolue depuis quinze jours. La laparotomie révèle un rétrécissement très étroit au niveau de la courbure splénique du colon. Il ne pouvait être question d'une résection intestinale, laquelle eût été d'ailleurs impossible, la partie rétrécie étant fixée en arrière par des adhérences. On se décide à établir une anastomose entre la partie inférieure de l'iléon et le côlon descendant. Bien que l'ouverture de communication eût une longueur de 5 centimètres, les symptômes d'occlusion persistèrent et le malade succomba deux jours plus tard à une péritonite. Pas de perforation au niveau de l'anastomose qui était en parfait état; les fils de suture étaient cachés sous une couche de fibrine. L'obstacle était dû à un épithéliome cylindrique, ayant la forme d'un anneau étroit, ulcéré, admettant à peine le petit doigt. J. B.

Un nouveau procédé de colostomie iliaque. Colostomie transpariétale, par Ch. AUDRY (*Arch. prov. de chirurgie, n°* 4, *p.* 347, *octobre* 1892).

1er *temps :* Une incision brisée pratiquée au point ordinaire, parallè-

lement à l'arcade à 0,02 centimètres au-dessus des 2/3 externes de l'arcade, longue de 8 à 9 centimètres, variable suivant l'épaisseur de la paroi, dessine un lambeau large et haut de 4 centimètres inséré sur le milieu de la lèvre inférieure de la plaie. Cette incision comprend d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis suivant le même tracé, on coupe l'aponévrose du grand oblique, en ayant soin de suivre les contours externes de la plaie. On a ainsi un lambeau comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose du grand oblique, qu'on dissèque et qu'on relève jusqu'à sa base.

2e *temps :* On incise, couche par couche, le petit oblique, le transverse, le fascia, le péritoine en suivant le grand axe de l'incision, c'est-à-dire en passant au pied du lambeau relevé.

3e *temps :* L'anse iliaque est attirée au dehors. Au centre de son mésentère, en évitant les vaisseaux, on fait une boutonnière longitudinale de 2 ou 3 centimètres.

4e *temps :* Par l'intermédiaire de cette boutonnière dont on écarte latéralement les lèvres, on fait un premier plan de 3 points de sutures affrontant avec soin le péritoine et comprenant le fascia transversalis si on le veut. Un second plan de sutures réunit les muscles divisés. Ces manœuvres se passent par-dessous l'anse intestinale et lui constituent un premier support.

5e *temps :* On rabat alors le lambeau cutanéo-aponévrotique ; on l'insinue dans la boutonnière mésentérique et on vient le fixer avec soin au pourtour de l'incision primitive en faisant deux plans de suture : un pour l'aponévrose du grand oblique, un pour la peau. F. VERCHÈRE.

Sur la péritonite tuberculeuse, par RICHELOT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII*, *p.* 312).

Richelot a pratiqué quatre laparotomies pour péritonite tuberculeuse. Deux observations présentent un grand intérêt :

1° Chez une femme de 30 ans, l'incision abdominale montra un péritoine absolument farci de granulations tuberculeuses confluentes ; la malade guérit très bien et la guérison ne s'est pas démentie depuis plus de deux ans ;

2° Chez une jeune fille de 21 ans, opérée le 8 juin 1890, la laparotomie donna issue à 2 litres de liquide ; la surface du péritoine viscéral et pariétal était tout entière envahie par des granulations tuberculeuses confluentes ; lavage à l'eau bouillie ; guérison rapide. Les accidents s'étant ensuite reproduits, Labbé pratiqua, le 17 octobre 1890, une nouvelle laparotomie. L'aspect des granulations volumineuses fit croire à de la carcinose et le ventre fut refermé.

Or, en octobre 1891, Richelot revoit la jeune fille qui se plaint d'une énorme éventration consécutive à la seconde laparotomie. Le 15 octobre 1891, est pratiquée l'opération de la cure radicale de l'éventration, et Richelot constate que le péritoine est lisse, poli, de coloration normale, sans aucune adhérence, sans trace de granulations. C. WALTHER.

I. — Echinococcen im Beckenzellgewebe, par M. SCHLEIER et KOERTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 9, *p.* 201, 29 *février* 1892).

II. — Operation bei Stichverletzung der Leber, par ADLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 235, 7 *mars* 1892).

I. — Homme robuste ayant à la partie inférieure droite du ventre une tumeur

fluctuante, commençant immédiatement au-dessus de l'arcade fémorale, s'élevant jusque près de l'ombilic, s'arrêtant en dedans à 1 centimètre de la ligne blanche et s'étendant en dehors jusqu'à la crête iliaque. Le toucher montrait la paroi antérieure du rectum bombée et fluctuante ; et la fluctuation intrarectale se transmettait à celle du kyste placé au-dessus du ligament de Poupart.

Au niveau du point le plus saillant de la tumeur, le long du bord externe du muscle grand droit, incision de 10 centimètres commençant au-dessus de l'arcade fémorale ; ouverture du kyste et évacuation de nombreuses vésicules hydatiques.

En arrière de ce kyste qui occupait la fosse iliaque droite, s'en trouvait un second, beaucoup plus volumineux, s'enfonçant dans le petit bassin entre la vessie et le rectum et perceptible aussi à gauche de la ligne blanche sous forme d'une sphère dure. Ouverture assez difficile de ce second kyste, à côté de la ligne blanche et suture des deux orifices. Lavages avec du lysol au centième et de l'eau stérilisée. Drainage. Guérison. Le foie restant un peu volumineux, il est possible qu'il contienne aussi un kyste hydatique. J. B.

II. — Homme de 20 ans, ayant un coup de couteau au côté droit. Violente hémorragie. Une heure après, suture de la plaie tégumentaire et bandage. Dans la nuit, nouvelle hémorragie profuse ; ablation des sutures et tamponnement avec la gaze iodoformée, qui n'arrête pas la perte de sang.

Opération 11 heures après la blessure. La plaie, en forme de fente presque verticale et longue de 1 centimètre 1/2, se trouvait dans la ligne axillaire postérieure, entre les 10e et 11e côtes droites ; chaque expiration donnait issue à un jet saccadé, gros comme le doigt, de sang foncé. Pas d'hémothorax. L'index introduit dans la plaie dilatée reconnut l'existence d'une plaie du diaphragme. Chloroformisation. Agrandissement de la plaie par en haut et par en bas, avec entrée bruyante de l'air dans la cavité pleurale droite; résection d'un tronçon de 4 centimètres de la onzième côte. A côté de la plaie diaphragmatique, se trouvait un hématome sous-pleural grand comme une pièce de 1 mark.

Incision du diaphragme sur une longueur de 4 centimètres 1/2; elle permet de constater la présence, à la surface du foie, à deux ou trois travers de doigt de son bord libre, d'une déchirure presque horizontale, longue de 1 centimètre 1/2. Suture de la plaie hépatique par trois points à la soie, deux perpendiculaires et le troisième parallèle à la solution de continuité. Comme chaque expiration était encore suivie du rejet de grandes quantités de sang provenant de la cavité abdominale, on voulut s'assurer qu'il n'existait pas d'autre blessure de viscères de l'abdomen. A cet effet, l'incision cutanée fut encore agrandie de 10 centimètres, à la partie inférieure, suivant un trajet oblique en avant, sur le prolongement de la 11e côte, et le péritoine fut ouvert. Le sang enlevé, l'écoulement s'arrêta. Suture du péritoine et du diaphragme. Tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée. Guérison sans incidents. J. B.

A proposito di una cisti ematica del mesentere, par G. BIANCHI (*La Riforma medica*, 18 *et* 19 *novembre* 1891, *p.* 457 *et* 469).

A l'occasion d'un fait de kyste sanguin du mésentère développé à la suite d'une chute sur l'abdomen chez un homme de 28 ans, Bianchi a réuni 95 cas de kystes du mésentère, dont 9 sanguins. Les kystes du mésentère ne sont donc pas très rares, ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, peuvent être sanguins, séreux, chyleux, hydatiques ou dermoïdes. Leur pronostic est le plus souvent grave, en raison des accidents d'occlusion intestinale et de la cachexie qu'ils produisent et des complications auxquelles ils peuvent donner lieu. Le mode

de traitement qui doit être préféré est l'incision au moyen de la laparotomie et la suture des bords de l'incision à la paroi abdominale.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Semeiotik und Therapie mesenterialer Cysten, par A. FRENTZAL (*Deut. Zeitschr. für Chir.*, *XXXIII*, 2 *et* 3, *p.* 129).

Après quelques pages dans lesquelles l'auteur retrace l'historique de la question, vient la relation des cas publiés (kystes développés dans une duplicature de l'intestin grêle ; kystes rétropéritonéaux, etc.). Tableau mettant en relief les difficultés du diagnostic, les nombreuses erreurs qui peuvent être faites. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° Le chirurgien doit intervenir dès qu'il a reconnu l'existence d'un kyste du mésentère. La ponction exploratrice à travers une paroi abdominale intacte n'est d'aucun secours pour assurer le diagnostic; on ne peut reconnaître le siège et la nature de la tumeur qu'à la laparotomie. 2° Si la laparotomie une fois faite, on ne peut pas reconnaître s'il y a des adhérences du kyste aux anses intestinales, il n'y a qu'un parti à prendre et il faut le prendre de suite : aspiration d'une partie du contenu de la tumeur, incision, fixation à la paroi abdominale et drainage, soit par le procédé en un temps, soit — ce qui vaut mieux — par la méthode en deux temps. 3° Quand les adhérences manquent ou sont très peu importantes, le procédé de choix est l'énucléation totale. Si pendant l'opération on remarque qu'on ne pourra pas arriver à faire cette énucléation totale, on laisse tout ce qui n'a pas pu jusqu'ici être énucléé (énucléation partielle) et résèque ce qui vient de l'être. Si ce qui reste du kyste est petit et ne renferme pas de gros vaisseaux, on l'extirpe avec des ciseaux, on suture les bords de la plaie mésentérique et abandonne le tout dans la cavité abdominale. En aucun cas on n'est autorisé à faire une séparation brutale de la paroi du kyste d'avec le mésentère.

MARCEL BAUDOUIN.

Note sur les lipomes rétro-péritonéaux, par TERRIER et GUILLEMAIN (*Revue de chirurgie*, *n°* 9, *p.* 747, 1892).

Nés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi postérieure de l'abdomen, ces lipomes, que Terrier propose de désigner sous le nom de lipomes *rétro-péritonéaux*, se développent en avant en se coiffant de la séreuse. Ils peuvent s'insinuer entre les feuillets du mésentère, des mésocôlons et même dans l'épiploon gastro-hépatique, comme l'a observé Peyrot.

Aux 20 observations jusqu'ici connues, Terrier et Guillemain ajoutent 2 observations inédites.

Dans les deux cas, la laparotomie permit de reconnaître exactement la nature et le siège de la tumeur, mais l'extirpation évidemment impossible ne fut pas même tentée. La première malade succomba à une occlusion par coudure exagérée de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant avec compression du bout inférieur par la tumeur. Chez la deuxième malade, la laparotomie exploratrice semble au contraire avoir arrêté le développement de la tumeur qui est restée stationnaire depuis 3 ans.

Chez la première malade, Terrier avait pu avant la laparotomie af-

firmer le diagnostic de lipome rétro-péritonéal en s'appuyant sur les signes suivants auxquels il attribue une grande valeur : 1° lenteur de l'évolution ; 2° résultats négatifs par le toucher vaginal et par la ponction ; 3° surtout consistance toute spéciale de la tumeur qui est étalée, mal limitée, mollasse, se déplaçant en masse à la moindre pression.

Le volume excessif de ces tumeurs implique seul un pronostic grave à cause des troubles de la respiration, de la digestion, des compressions exercées sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'intestin.

Les lipomes d'un volume moyen, ne dépassant pas 7 à 8 kilogrammes sont au contraire d'un pronostic relativement bénin.

La laparotomie doit être faite pour confirmer le diagnostic, pour établir d'une façon précise le volume de la tumeur, ses connexions avec l'intestin et surtout juger si l'extirpation totale est possible.

Les grandes difficultés de l'extirpation tiennent aux adhérences qu'a contractées la tumeur avec la paroi abdominale antérieure ; avec les organes du petit bassin, les annexes, la vessie ; avec l'intestin qu'on est parfois obligé de réséquer ; avec les vaisseaux mésentériques qui doivent être en grande partie sacrifiés au cours de l'opération.

Aussi sur 11 malades ayant subi l'extirpation totale, 4 seulement ont guéri. C. WALTHER.

Hernie ischiatique renfermée dans un fibro-lipome de la fesse droite, par SCHWAB et MOUBOUYRAN (*Soc. anat.*, *p.* 220, *mars* 1892).

Femme de 31 ans. Il y a 4 ans et demi, apparition sur la fesse droite d'une petite tumeur molle. Pendant un an ensuite, accroissement lent de la tumeur jusqu'au volume d'une tête de fœtus. Il y a 2 ans et demi, accroissement assez rapide jusqu'au volume actuel. Le 15 janvier 1892 : frissons, fièvre, quelques vomissements, accidents qui persistent jusqu'au 12 février.

Au niveau de la fesse droite on constate une tumeur ayant le volume d'une grosse tête d'adulte. Sa forme est ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, avec un pédicule l'attachant à la fesse. La tumeur au côté interne s'étend par son pédicule jusqu'à 2 centimètres de l'anus. Longueur de la tumeur, 25 centimètres ; son fond arrivant jusqu'à 4 travers de doigts environ au-dessus du creux poplité, largeur 23 centimètres ; circonférence au niveau du pédicule, 47 centimètres ; grande circonférence, 62 centimètres.

Opération le 14 mars par Blum. On tombe sur une première poche herniaire du volume d'un gros poing contenant de l'intestin grêle semblant sortir par la grande échancrure sciatique. On réduit l'intestin ; on dissèque le sac et on fait la ligature de la poche.

Puis on trouve une deuxième poche située plus en dedans, à parois très épaisses, tomenteuses et ne contenant que de la sérosité jaunâtre. Le doigt introduit dans la poche kystique pénètre jusque dans la cavité péritonéale à côté de l'ouverture précédente.

Ces deux poches forment la partie centrale de la tumeur fessière vraie dont on achève l'ablation. La tumeur pèse 3 kilog. 660 gr.

A la coupe, le centre est formé par une sorte de noyau jaune, d'apparence graisseuse. Le tout est entouré d'une coque extrêmement épaisse, blanc, grisâtre, lardacée. En quelques points on trouve des noyaux calcifiés. Il s'agit d'une tumeur composée surtout de tissu fibreux et élastique, le noyau central jaune renferme seul de la graisse. MAUBRAC.

Hernia into the foramen of Winslow, laparotomy, recovery, par A. NEVE (*Lancet*, *p.* 1175, 28 *mai* 1192).

Le cas de guérison par la laparotomie d'une hernie engagée dans l'hiatus de Winslow, obtenu par Neve, serait le premier qui ait été publié. Le malade était âgé de 70 ans, et l'opération un peu tardive fut faite plusieurs jours après le début des accidents. Il y avait plutôt obstruction qu'étranglement.

La hernie formait une tumeur ayant les caractères suivants : 1° situation dans la région épigastrique plus haut que la situation normale du côlon ; 2° variation de volume, de consistance, de position suivant les variations des gaz et des matières fécales ; 3° douleurs spéciales et coliques (Voy. *R. S. M.*, XXXVII, 244). A.-F. PLICQUE.

Considérations sur le traitement des fistules anales, par LLOBET (*Revue de chirurgie*, *n°* 6, *p.* 519, 1892).

Llobet rapporte, de sa pratique personnelle, 21 cas de fistules à l'anus opérées sans sutures, par le débridement et le râclage et 18 cas de fistules opérées par la suture immédiate.

Dans la première série d'observations la durée moyenne du traitement, jusqu'à guérison complète, a été de 45 jours ; la guérison s'effectue au contraire en 15 jours en moyenne dans les cas où l'on a pratiqué la suture. C. WALTHER.

Zur Pathologie der Gallenblase (Kystes de la vésicule biliaire pris pour des calculs ; cholécystectomie), par ISRAEL et ADLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 11, *p.* 256, 14 *mars* 1892).

Homme de 37 ans, atteint depuis 18 mois de coliques hépatiques devenues presque journalières et durant 2 ou 3 heures. Pendant les accès, on sentait, sur la ligne mamelonnaire, à peu près à la hauteur de l'ombilic un corps dur, de la grosseur d'une cerise, très mobile, dépassant de deux travers de doigt le bord antérieur du foie, se déplaçant pendant les mouvements respiratoires et très douloureux à la pression. Point d'ictère ni de matière colorante biliaire dans l'urine ; jamais de calculs dans les garde-robes. Laparatomie. En palpant la vésicule mise à découvert, on perçoit quatre ou cinq corps plus ou moins durs ou élastiques et se rapprochant, pour les dimensions, de noyaux de cerises. Le fond de la vésicule est attiré et incisé. La bile évacuée, on extrait avec l'élévatoire deux calculs friables ; de l'extérieur, on n'en sent pas moins encore trois saillies dures, sans qu'à leur niveau la sonde rencontre de calcul. Pendant cette exploration, l'une des saillies s'affaisse comme si elle avait crevé, et cependant on ne trouve pas dans la vésicule de débris calculeux. Israël, diagnostiquant alors une dégénérescence kystique de la vésicule, en fait l'ablation. Guérison.

L'examen de la vésicule enlevée montre qu'il s'agit de kystes sous-muqueux remplis d'un liquide bilieux contenant de la cholestérine. On n'a affaire ni à des kystes par rétention, ni à des diverticules enkystés, car il n'y a pas d'épithélium cylindrique à la face interne de ces kystes, qui sont au nombre de trois, y compris celui qui s'est rompu durant l'opération.

Un autre point curieux de cette vésicule, ce sont d'abondantes ramifications variqueuses, dures, proéminant fortement sous la séreuse et remplies aussi d'un mélange de bile et de cholestérine. Israël avait pensé qu'il s'agissait de lymphatiques injectés par de la bile provenant de la vésicule, à la suite d'exulcérations par les calculs qui auraient par le même mécanisme déterminé les kystes sous-muqueux. Waldeyer est plutôt d'avis qu'il s'agit des vasa aberrantia, ces appendices glandulaires acineux des canaux biliaires

que Luschka a démontré se rencontrer parfois dans les parois de la vésicule. Enfin, près du canal cystique, on aperçoit dans l'épaisseur des parois vésiculaires, une concrétion jaunâtre, de la grosseur d'un grain de chènevis, encore entourée de toute part par la muqueuse normale. Israël considère cette concrétion sous-muqueuse comme la phase initiale d'un véritable calcul, résultant de la condensation du contenu des kystes sous-muqueux, dont l'un renfermait déjà une bouillie de cholestérine.

Dans la discussion, Langenbuch déclare n'avoir jamais vu de fait semblable.

Il a rencontré deux ou trois fois des calculs dans l'épaisseur de la paroi vésiculaire sous son revêtement séreux et même sur les ligaments péritonéaux circonvoisins. J. B.

Du cathétérisme des voies biliaires, par TERRIER et DALLY (*Revue de chirurgie*, *n*° 8, *p.* 648, 1891, *et n*° 2, *p.* 136, 1892).

Terrier et Dally n'appliquent l'expression de cathétérisme des voies biliaires qu'à l'introduction d'une sonde dans le canal cystique, le canal cholédoque jusqu'à l'ampoule de Vater et même jusque dans l'intestin grêle. Ainsi sont éliminées de cette étude les diverses explorations de la vésicule biliaire.

Le cathétérisme des voies biliaires peut être employé comme moyen d'exploration ou bien comme procédé d'intervention opératoire.

Envisagé comme moyen de diagnostic, le cathétérisme sera employé au cours d'une opération, ou dans le cas de fistule biliaire. Si donc par la vésicule ouverte, on introduit une sonde dans le canal cystique, elle pourra suivant les cas aller jusque que dans le duodénum ou bien être arrêtée en un point quelconque des voies biliaires. Le plus souvent la sonde sera arrêtée par des calculs d'ordinaire faciles à reconnaître. Ce n'est donc qu'après l'extraction plus ou moins laborieuse d'un ou de plusieurs calculs que la sonde pénétrera dans les voies cholédo-cystiques.

Si les voies biliaires sont libres, il faudra terminer la cholécystotomie soit en un seul temps si l'état des parois de la vésicule le permet, soit en deux temps si leur altération fait craindre la rupture des points de suture.

Si le cathéter ne peut traverser les voies biliaires, l'obstacle peut être dû : 1° à la compression par une tumeur extérieure ; 2° à un corps étranger intérieur ; 3° à une hypertrophie ou à une ulcération de la paroi. Quelle que soit la cause de l'obstruction, l'indication variera suivant qu'elle siègera dans le canal cystique, dans le canal cholédoque, ou dans les deux canaux simultanément.

Si le canal cystique est obstrué et qu'on suppose libre le canal cholédoque, il faut tenter d'extraire le calcul, s'il s'agit de lithiase, ou si l'on n'y peut parvenir, faire la cholécystectomie.

Si l'obstacle siège dans le canal cholédoque, on peut essayer le cathétérisme thérapeutique, ou faire la cholédochotomie, opération encore mal réglée ou bien la cholécystentérostomie.

Terrier pense que dans les cas d'obstruction du cholédoque de date récente, lorsque le calcul formé dans le canal hépatique ou surtout dans la vésicule biliaire aura émigré depuis peu de temps dans le cholédoque, le cathétérisme pourra le chasser dans l'intestin ; de même dans

certains rétrécissements du cholédoque, le calibre du canal pourra être rétabli.

Terrier et Dally concluent que : le cathétérisme des voies biliaires paraît plus facile dans les cas pathologiques, surtout lorsque ces voies sont dilatées par suite de la rétention de la bile au niveau du cholédoque ou vers la fin du canal cystique.

Dans bien des cas cependant, soit par suite des inflexions du canal cystique, soit à cause de la persistance des valvules, soit enfin parce que le canal cystique s'ouvre sur la paroi latérale de la vésicule, le cathétérisme sera difficile à pratiquer.

Les règles de ce cathétérisme sont impossibles à formuler. Les notions anatomiques permettent de diriger à peu près le cathéter. Le cathétérisme forcé, même conduit par un doigt placé sous le foie, dans l'abdomen, semble dangereux.

Le cathétérisme à demeure n'est pas assez connu pour qu'on puisse en apprécier la valeur. C. WALTHER.

Rate mobile et hypertrophique, splénectomie; guérison, par A. O. LINDFORS (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXIII*, 29).

Jeune fille de 20 ans a depuis 5 ans une augmentation progressive du ventre. On diagnostique une grosse rate mobile. L'examen du sang donna 1 globule blanc, 250 rouges. Anesthésie par le chloroforme au début, puis par l'éther. Double incision perpendiculaire descendant de l'ombilic et transversale. Ligature du pédicule en six divisions, à la soie. Poids de la rate enlevée vide de sang, 1155 grammes. Guérison rapide.

Un mois environ après l'opération, on constate une augmentation des globules blancs, une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. A. C.

Epispadias chez la femme, par AUFFRET (6e *Cong. franç. chir. et Gaz. des hôp.*, 21 *avril* 1892).

Jeune fille de 19 ans, ayant toujours été atteinte d'incontinence d'urine, qui cesse cependant d'être continue, quand la malade est assise et croise les jambes.

Le méat urinaire, dont la lèvre supérieure est tuméfiée se présente sous forme de fente transversale, ayant l'aspect d'un accent circonflexe. Petites lèvres rudimentaires, grandes lèvres très écartées; pas de clitoris, procidence de l'utérus, arrivant à l'hymen dilaté.

Le doigt, introduit dans le méat, entre immédiatement dans la vessie et fait reconnaître que la paroi urétrale supérieure fait défaut; on arrive directement sur la symphyse pubienne.

Pour remédier à cette malformation congénitale, l'opération suivante a été pratiquée : après excision des petites lèvres, on a taillé de chaque côté un lambeau triangulaire à sommet arrondi. Ensuite ces lambeaux furent amenés sur la ligne médiane et suturés aux surfaces, résultant de l'ablation des petites lèvres, d'une part entre eux, et d'autre part de façon à rétrécir le triangle vertibulaire et à créer un demi-voile en avant de l'urètre.

Ce premier temps de la restauration a permis à la malade d'uriner un peu moins souvent. L'opération sera ultérieurement complétée en rétrécissant le vestibule par l'excision d'un lambeau en forme de triangle isocèle et par la suture des surfaces cruentées, puis la chute de l'utérus sera réduite.

OZENNE.

Résection de l'urètre dans les cas de rétrécissements traumatiques, par E. VIGNARD (de Nantes) (*Arch. prov. de chirurgie*, *n°* 1, *p.* 91. *juillet* 1892).

Après avoir rapporté une observation personnelle suivie de succès, l'auteur conclut de la façon suivante : La résection de l'urètre n'occupe pas dans la chirurgie urinaire le rang auquel elle a droit.

Sans refuser aux rétrécissements blennorragiques le bénéfice de cette opération, on peut dire que son indication la plus nette est le rétrécissement traumatique :

1° Parce que ce rétrécissement constitue une lésion limitée de l'urètre ; 2° parce que les autres modes de traitement sont impuissants contre lui ou illusoires.

Dans les rétrécissements traumatiques infranchissables, la résection est la seule opération rationnelle. Dans les rétrécissements indilatables c'est l'opération de choix. Dans les rétrécissements difficilement dilatables, elle doit être proposée aux malades. La résection d'un rétrécissement traumatique urétral avec intégrité ou lésion limitée du périnée est une opération facile. Le rapprochement des deux bouts et leur accolement parfait par la suture est le plus souvent possible. Cette suture, il est plus sûr de la faire sous-muqueuse. La suture par étage des parties molles du périnée est un complément nécessaire de la suture urétrale.

En cas d'infection vésicale ou urétrale, des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, répétés pendant et après l'opération, peuvent rendre les plus grands services en assurant la réunion immédiate. La sonde à demeure est utile; elle sera enlevée le plus tôt possible.

L'entretien du calibre de l'urètre par le cathétérisme ne sera recommandé que dans le cas où il est survenu après l'opération de l'urétrite un peu intense et prolongée, de la suppuration périnéale, complications qui peuvent faire supposer l'échec de la réunion primitive de l'urètre et une cicatrisation par bourgeonnement. Dans le cas contraire, on peut se borner à une exploration à intervalles éloignés et faire espérer au malade une guérison durable, peut-être radicale. Pour l'affirmer, il faut attendre que les faits vieillissent et que l'on possède un grand nombre de résultats très éloignés de la résection. F. VERCHÈRE.

Tuberculosis of the urinary bladder and value of suprapubic cystotomy in ist treatment (La taille hypogastrique dans la tuberculose vésicale), par PILCHER (*N. York med. journ.*, *p.* 256, 5 *mars* 1892).

L'auteur a traité quatre fois la tuberculose vésicale par la taille hypogastrique; le résultat a été deux fois favorable et deux fois mauvais. Dans un cas le drainage périnéal a été pratiqué accessoirement, mais il a fallu y renoncer à cause de l'irritation que déterminait le tube.

L'opération doit être faite dès qu'on a pu diagnostiquer une tuberculose vésicale initiale; il ne faut pas attendre le moment où l'état général sera trop défectueux et où la tuberculose aura envahi les autres organes.

Le drain ne doit être enlevé et la vessie fermée qu'à la période où, les ulcérations étant cicatrisées, l'urine est devenue limpide; on est forcé de maintenir parfois le drain d'une façon permanente. L. GALLIARD.

Zur Frage der operativen Fixation des Leistenhodens... (Contribution à l'étude de l'orchidopexie dans les cas de testicule resté dans le canal inguinal), par LAUENSTEIN (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XXXIII*, 4 *et* 5, *p.* 398).

L'auteur rapporte une observation d'orchidopexie pratiquée du côté droit, en 1888, chez un enfant de 13 ans atteint d'ectopie inguinale double. Au bout de quelques semaines, on constata que l'opération n'avait amené aucun changement dans l'état du malade : le testicule avait repris la place qu'il occupait avant l'intervention. Bien plus, au bout d'un an et demi environ, on remarqua qu'il s'était formé de ce côté une hernie. La cure radicale fut exécutée le 3 octobre 1890. On enleva le testicule. Ce dernier fut examiné avec soin par Heinrich, qui reconnut que cet organe avait des dimensions presque normales, produisait de la sécrétion spermatique, mais ne contenait pas de spermatozoïdes.

Le canal déférent était altéré, et Lauenstein pense qu'au cours de la première opération, on avait dû sectionner ou déchirer ce conduit pendant les tractions destinées à faire descendre le testicule.

Lauenstein cite quelques remarques qui lui ont été soumises par un châtreur de porcs. Ce professionnel aurait constaté que les jeunes animaux chez lesquels on laissait dans la plaie pariétale les testicules sortis de la cavité abdominale n'en continuaient pas moins à jouir de leurs capacités génitales et à être très féconds. MARCEL BAUDOUIN.

Traité pratique de chirurgie orthopédique, par REDARD (*In*-8° *de* 1047 *pages. Paris*, 1892).

La chirurgie orthopédique, dit l'auteur, est l'étude des difformités congénitales ou acquises et de leur traitement. Mais dans son traité, il restreint les limites de cette chirurgie à l'étude des difformités du système locomoteur, altérations de forme et de fonction du système osseux, articulaire, musculaire, ligamenteux. Il n'étudie les affections articulaires et nerveuses que dans leurs conséquences, au point de vue des difformités, ankyloses, contractures, etc.

Le rachitisme, le mal de Pott, ne sont envisagés qu'au point de vue des difformités qui les accompagnent. Pour le rachitisme nous trouvons décrites les diverses difformités rachitiques dans des chapitres spéciaux (scoliose rachitique, déformation rachitique du thorax, difformités rachitiques des membres, genu varum, genu valgum).

L'auteur étudie également les difformités si importantes qui sont sous la dépendance d'affections nerveuses. Il donne quelques renseignements sur les principales difformités survenues à la suite de fractures et des luxations, mais consacre de grands développements au traitement chirurgical, en indiquant les précieuses ressources de l'intervention chirurgicale dans de nombreux cas.

Nous trouvons dans ce traité, très soigneusement étudiées, les indications thérapeutiques : soit les moyens mécaniques, appareils et machines orthopédiques, soit les opérations chirurgicales orthopédiques, ostéoclasie et ostéotomie, avec tous les bénéfices qu'a apportés à cette branche de la chirurgie, l'antisepsie, qui a permis d'associer, avec une parfaite innocuité, l'intervention sanglante aux tentatives de redressement mécanique et aux appareils de contention, chaque jour plus simples et plus perfectionnés.

Plus de 770 figures illustrent le texte et permettent de se rendre bien compte de la forme et du mode d'application des appareils anciens et modernes de redressement et de contention. MAUBRAC.

Etude de quelques formes atténuées d'ostéomyélite, par EVEN (*Thèse de Paris, février* 1892).

Au point de vue clinique, tous les intermédiaires existent entre l'ostéomyélite aiguë et l'ostéomyélite chronique d'emblée. Une forme clinique spéciale, importante pour le diagnostic, est celle où une ostéomyélite épiphysaire chronique retentit sur l'articulation voisine, donnant lieu à une arthrite dont l'origine parfois obscure devra être nettement déterminée.

Au point de vue anatomo-pathologique, la forme chronique d'emblée peut aboutir aux mêmes lésions (abcès et séquestre) que l'ostéomyélite aiguë. La suppuration peut se manifester très tardivement, et on ne peut jamais être sûr qu'une hyperostose chronique d'emblée ne suppurera pas au bout de longues années, avec ou sans cause déterminante.

On ne peut attribuer les différences dans l'évolution plus ou moins aiguë à des différences dans le micro-organisme causal, le même microbe pouvant, suivant les cas, causer une ostéomyélite aiguë, subaiguë ou chronique. Le fait est prouvé pour le staphylococcus (aureus et albus), et pour le bacille d'Eberth : il est probable pour le streptocoque et le pneumocoque. MAUBRAC.

Des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Anatomie pathologique. Mécanisme. Complications, par POIRIER et MAUCLAIRE (*Revue de chirurgie n°* 10, *p.* 818, 1892).

Les descriptions et les théories contenues dans ce mémoire sont appuyées sur l'étude très minutieuse de 150 pièces de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Les auteurs adoptent pour les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus la division de Malgaigne en 4 classes : fractures intra-capsulaires, fractures extra-capsulaires, fractures mixtes (intra et extra-capsulaires), fractures tubérositaires.

Les fractures *intra-capsulaires* comprennent : 1° les fractures de la tête humérale (fissures, détachements de lamelles osseuses aplaties, pénétration du sommet de la tête dans la base); 2° les fractures du col anatomique, simples ou compliquées de fractures de la tête humérale, ou compliquées de pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur ou inversement, ou enfin compliquées de rotation de la tête humérale autour de ses trois axes antéro-postérieur, vertical ou transversal.

Les fractures *extra-capsulaires* présentent également plusieurs variétés. Les unes sont simplement transversales, et parmi elles se placent les disjonctions épiphysaires, les autres sont soit obliques en différents sens (avec ou sans rotation des fragments), soit obliques et pénétrantes simples, soit enfin pénétrantes et compliquées de rotation de la tête humérale, le plus souvent en arrière, rarement en avant. Enfin ces fractures extra-capsulaires peuvent être comminutives ou spiroïdes. Les auteurs ont tenu surtout à attirer l'attention sur les fractures par pénétration simple qui semblent être plus fréquentes qu'on ne le croit géné-

ralement et les fractures par pénétration compliquées de rotation en arrière de la tête humérale, variété dont ils rapportent 11 observations personnelles.

Les fractures *mixtes* (intra et extra-capsulaires), sont ou simples ou compliquées de pénétration des fragments, ou longitudinales en suivant la coulisse bicipitale.

Enfin les fractures *tubérositaires*, qui accompagnent souvent les luxations de l'épaule, présentent ceci de particulier : c'est que les fractures de la grosse tubérosité, souvent incomplètes, donnent parfois à l'extrémité supérieure de l'humérus la forme d'une fourche. — D'autre part dans certains traumatismes, la grosse tubérosité est non plus arrachée, mais écrasée et *enfoncée*, ce qu'explique la structure de cette saillie osseuse et la disposition architecturale spéciale de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Ces fractures sont de cause directe ou de cause indirecte. Dans ce dernier cas, on note la pénétration des fragments qui peut se faire soit au niveau du sommet de la tête humérale, soit au niveau de la partie supérieure du col chirurgical. Tantôt la pénétration a lieu en dedans et en dehors, tantôt il y a pénétration d'un seul côté, en dedans le plus souvent, et simple inflexion en dehors.

Dans le cas de pénétration, la chute ayant lieu sur la main, le poignet ou le coude écarté du tronc, l'humérus se trouve pris entre le sol et la cavité glénoïde et se fracture par flexion en ses points faibles puis ses fragments se pénètrent.

Quant à la pénétration avec rotation du fragment supérieur ou tête humérale en arrière, les auteurs admettent, par analogie avec ce qui se passe au niveau du col fémoral, une pénétration de la diaphyse obliquement de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière; leurs expériences viennent à l'appui de cette hypothèse.

Enfin les auteurs admettent la torsion comme mécanisme des fractures spiroïdes, et l'arrachement pour les fractures tubérositaires. La contraction musculaire peut être, disent-ils, assez violente pour déterminer la fracture du col chirurgical.

Les complications consistent le plus souvent en une exubérance et une difformité du cal qui unit parfois l'humérus au col de l'omoplate La pseudarthrose, les lésions des vaisseaux ou des nerfs sont très rares

La fracture du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête semble répondre à ce qu'on décrit d'ordinaire sous le nom de luxation de l'épaule compliquée de fracture du col. Lorsqu'en pareil cas, le refoulement méthodique n'a pas donné de résultat, les auteurs conseillent l'extraction de la tête humérale.

C'est le même traitement : refoulement, en cas d'insuccès, extraction de la tête que préconisent Poirier et Mauclaire dans les cas de luxation capsulo-humérale compliquée de fracture du col chirurgical.

C. WALTHER.

The treatment of uncomplicated fractures of the lower end (extrémité inférieure de l'humérus), par J. ROBERTS (*Americ. surg. Associat.*, 31 *mai* 1892; *Journal of Amer. med. Assoc.*, *p.* 758, 11 *juin* 1892).

Dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humé-

rus, il faut rejeter les appareils qui, négligeant l'angle qui existe entre le bras et l'avant-bras, ne tiennent pas compte de la différence de niveau normal entre le cubitus et le radius. Dans les cas de gravité moyenne la position en extension paraît la meilleure. Les mouvements passifs à une époque précoce sont nuisibles : on doit les différer jusqu'à ce que la réunion soit complète : d'une manière générale, on peut obtenir tant au point de vue de la conformation anatomique que des mouvements, de bons résultats.

Les fractures récentes qui ne peuvent se réduire convenablement sous l'anesthésie doivent être traitées par l'incision exploratrice. Les fractures anciennes qui s'accompagnent de difformité et de troubles fonctionnels doivent être soumises à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie.

Owens n'a jamais traité de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus par l'extension : toutefois cette position lui paraît recommandable pour les raisons suivantes : elle ne laisse pas de place dans la fossette olécranienne pour qu'il s'y développe des produits plastiques ; dans la position fléchie, la grande quantité de parties molles en avant de l'article masque les symptômes, et ces mêmes parties molles en avant du bras sont plus exposées aux déchirures et à la rétraction cicatricielle. La position en extension n'expose à aucune traction sur les vaisseaux et sur les nerfs, et conserve la disposition angulaire du bras et de l'avant-bras. Dans les fractures du coude, l'extension peut faire pointer en avant l'extrémité supérieure du fragment inférieur, ou bien entraîner sa rotation en avant ou l'hyperextension. MAUBRAC.

Note sur le traitement des fractures compliquées de la jambe; de la résection immédiate des extrémités osseuses et de ses résultats éloignés, par Ph. COIGNET (*Arch. prov. de chirurgie, n° 4, p.* 319, *octobre* 1892).

Au point de vue du traitement tel que l'on doit actuellement le comprendre, les fractures compliquées de jambes peuvent se diviser en fractures indirectes et fractures directes avec broiement plus ou moins étendu des os. Le traitement dans les deux cas variera suivant qu'il y a ou non infection locale.

Dans les fractures indirectes dans laquelle le fragment supérieur a plus ou moins embroché la peau, il suffira de débrider largement, de réduire et la fracture se comportera comme une fracture simple. S'il y a des signes d'infection locale, il ne faut plus, pour ainsi dire, s'occuper de la fracture à proprement parler, mais bien des complications auxquelles elle a donné naissance : phlegmon, sphacèle, etc.

L'auteur insiste sur la nécessité pour obtenir un drainage suffisant, comprimer les conduits phlegmoneux, et se mettre à l'abri de toute rétention, de réséquer les extrémités fracturées du tibia et du péroné et de multiplier les contre-ouvertures.

Dans les fractures directes, il sera, dans le plus grand nombre des cas, nécessaire d'enlever les esquilles, des fragments même volumineux, et dans les cas même où, autrefois, l'amputation s'imposait, il faut faire de la conservation à outrance. L'auteur cite plusieurs observations dans lesquelles les malades marchent *sans boiter* malgré un raccourcissement de 12 centimètres.

Dans ces résections post-traumatiques portant sur le tibia, il ne faut pas omettre d'y associer le péroné sur une hauteur à peu près égale. Il faut, pour éviter une pseudarthrose que les deux os tibia et péroné présentent entre les extrémités de leurs fragments fracturés les mêmes distances. F. VERCHÈRE.

New method of treatment of fracture of the patella, par W. ANDERSON (*Lancet, p.* 11, 2 *juillet* 1892).

Le nouveau procédé d'Anderson pour le traitement des fractures de la rotule est basé sur l'épaisseur et la résistance du tissu fibreux qui recouvre antérieurement la rotule et adhère intimement aux deux fragments. Il est très facile de passer dans ce tissu en avant de chaque fragment une longue aiguille transversale. Le rapprochement des extrémités de ces aiguilles assurera le contact absolu des fragments.

Dans quatre cas ainsi traités on eut deux fois réunion osseuse certaine. — Dans les deux autres cas la nature du cal était moins évidente, mais il n'y avait pas trace d'écartement. A.-F. PLICQUE.

Retard de consolidation d'une fracture de jambe traité par les injections de chlorure de zinc, par MÉNARD (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpitaux*, 26 *avril* 1892).

Homme de 40 ans, ankylosé du genou à la suite d'une tumeur; fracture de jambe en V à 7 centimètres au-dessous du genou. Application d'un appareil plâtré; quarante-sept jours plus tard, persistance de la mobilité que l'on constate encore cinq mois après malgré l'usage successif de nouveaux appareils. On pratique alors, au niveau du foyer, huit piqûres de chlorure de zinc. Au bout de quinze jours, disparition de la mobilité, bientôt suivie de la consolidation. OZENNE.

Traitement des articulations flottantes, par MONTAZ (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

Dans un cas de mobilité très prononcée de l'articulation du coude, que le port d'appareils n'avait pas fait disparaître, Montaz a constitué à l'article un ligament artificiel. Pour cela, les surfaces mises à nu, il a taillé l'extrémité inférieure de l'humérus en coin, et a excavé l'extrémité supérieure du cubitus; puis les deux extrémités ont été ajustées l'une dans l'autre. Ensuite un trou fut percé dans chacun des os, à une certaine distance des extrémités, et un fil de fer aseptique, passant par ces trous, fut tordu, de façon à former un ligament artificiel. Actuellement le malade possède une articulation solide. OZENNE.

De la périarthrite scapulo-humérale, par P. DESCHÉ (*Thèse de Paris, mai* 1892).

Les lésions constatées dans la périarthrite scapulo-humérale siègent surtout dans la bourse séreuse sous-acromio-deltoïdienne et dans le tissu cellulaire ambiant.

Le traumatisme est la cause la plus fréquente; le rhumatisme est une cause prédisposante et souvent une cause primordiale.

Le siège de la douleur, une sensation de crépitation fine au-dessous de l'acromion, et la difficulté à exécuter les mouvements d'abduction du

bras, sont les principaux signes qui permettent de reconnaître la périarthrite scapulo-humérale.

Abandonnée à elle-même, cette affection qui peut être aiguë ou chronique n'a aucune tendance à la guérison.

Comme traitement, dans la période aiguë : Immobilisation, enveloppement ouaté : massage superficiel;

Dans la période chronique : massage énergique dont les effets sont beaucoup plus sensibles et plus rapides, si on adjoint l'électricité et surtout un traitement thermal. L'arthritisme étant, le plus souvent, la diathèse à incriminer, c'est aux eaux chlorurées sodiques à haute thermalité que l'on devra avoir recours. On les emploiera sous forme de bains et de douches. MAUBRAC.

Sur les tumeurs blanches consécutives à des tubercules des parties molles juxta-synoviales, par GANGOLPHE (*Arch. prov. de chir.*, n° 2, p. 117, *août* 1892).

Des quatre observations que rapporte l'auteur et qui lui permirent, en opérant les malades, de constater l'anatomie pathologique même des régions qu'il observait, ressortent les conclusions suivantes :

1° Certaines tumeurs blanches peuvent être consécutives à des foyers tuberculeux des parties molles juxta-synoviales;

2° Les lésions de l'articulation ainsi contaminée peuvent être assez prononcées pour nécessiter la résection;

3° Un diagnostic précoce est possible; l'intervention hâtive, indiquée même dans le doute, peut préserver l'articulation. F. VERCHÈRE.

A transient or ephemeral form of hip-disease (coxalgie) with a report of cases, par LOVETT et MORSE (*Boston med. and surg. Journal*, 18 *août* 1892).

Il semble, dans quelques cas, qu'une coxalgie qui présente tout d'abord les symptômes caractéristiques de cette affection puisse n'être que passagère, les symptômes disparaissant en quelques mois au lieu de durer des années. Sans doute, ces symptômes sont souvent dus simplement à l'existence d'une synovite aiguë, mais ils peuvent aussi être sous la dépendance d'une réelle maladie de l'os. L'attention fut attirée sur ces cas par le fait qu'un certain nombre de patients venus à l'hôpital des enfants pour des débuts de coxalgie n'y revenaient plus. Or, comme il n'existe dans Boston qu'un hôpital d'enfants, il semblait logique d'admettre qu'un certain nombre de ces cas avaient guéri et n'avaient plus eu besoin de traitements ultérieurs, ce qui n'est pas ordinaire dans la coxalgie. On fit une enquête. Sur 156 cas venus à l'hôpital en 1888-89, on trouva 38 cas qui n'étaient plus revenus ou qui n'étaient revenus qu'une ou deux fois et n'avaient pas eu de traitements continus. Sur ces 38 cas, 24 furent retrouvés en février 1892. Chez 11 d'entre eux, la coxalgie avait suivi sa marche habituelle; chez les 13 autres, la guérison avait été rapide et s'était maintenue.

Sur ces 13 cas, 8 furent sans doute de simples synovites aiguës, mais pour les 5 autres il semble que l'on doive admettre que l'affection osseuse a bien été réelle. CART.

Jambes en ciseaux avec ankylose de la hanche, par PETIT (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

Dans vingt-deux cas de cette déviation qui consiste dans une adduction exagérée de l'un ou des deux membres inférieurs, telle qu'ils sont croisés au-dessus du genou, on a noté l'ankylose de la hanche quatorze fois unilatérale et huit fois bilatérale. Le plus souvent elle est consécutive à des coxalgies mal soignées et elle donne lieu à des troubles dans la marche et à de la gêne des fonctions génito-urinaires.

Les traitements appliqués ont été favorables dans quatorze cas et ont consisté dans l'application d'appareils ou dans différentes interventions sanglantes (ostéotomies, résections, etc.) OZENNE.

Du traitement non sanglant de la coxalgie (immobilisation et extension continue), par R. BERTHET (*Thèse de Lyon*, 1892).

Ce travail est l'exposé des méthodes appliquées par Ollier. Le traitement des formes douloureuses de la coxalgie repose principalement sur l'immobilisation exacte de l'articulation malade dans un appareil inamovible.

La rectification de la position doit être faite immédiatement sous l'anesthésie ; le redressement lent par un appareil d'extension est en général bien inférieur au redressement rapide pendant l'anesthésie : l'extension continue rend toutefois des services comme adjuvant et complément de l'immobilisation.

Le moyen d'immobilisation le plus généralement applicable est la gouttière complète, qui permet de transporter le malade au plein air.

Dans les coxalgies indolentes, les tractions continues sont un excellent moyen de redressement ; mais le redressement immédiat permet d'obtenir le même résultat, avec économie considérable de temps et sans forcer le malade à séjourner au lit.

Dans les lésions anciennes et à abcès imminent, les tractions lentes ont, en principe, un avantage sur le redressement brusque ; mais si le redressement forcé à des inconvénients graves (ruptures ou déchirures du tissu périarticulaire), on peut toujours corriger en partie la position, sans recourir à la violence, quitte à compléter par des redressements successifs pratiqués a des intervalles plus ou moins éloignés ; dans ce cas surtout, se trouve indiqué l'emploi combiné de l'extension continue et de l'immobilisation. MAUBRAC.

Méthode sclérogène, son application au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuse du cou-de-pied, par R. POUX (*Thèse de Paris*, *n*° 230, 29 *juin* 1892).

La méthode sclérogène est applicable à toutes les formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Ses propriétés curatives sont toutefois plus démonstratives dans les ostéo-arthrites non ouvertes et non suppurées, qui sont complètement transformées après un mois et demi, deux mois, de traitement.

Dans les autres formes cependant, le rôle des injections de chlorure de zinc n'est pas moins actif, puisque grâce à elles, on n'a plus à re douter l'infection secondaire, et l'on peut pratiquer, sans la moindre

crainte de généralisation tuberculeuse, les opérations économiques complémentaires.

L'auteur rapporte vingt observations inédites dans lesquelles les résultats sont des plus encourageants. MAUBRAC.

Contribution à l'étude de l'arthrodèse, par Charles RŒRSCH (*Revue de chirurgie, n° 6, p.* 473, 1892).

L'auteur définit l'arthrodèse la suppression d'une articulation, c'est-à-dire l'abrasion plus ou moins large, plus ou moins profonde des surfaces articulaires et la mise en contact des parties avivées, pour obtenir l'ankylose osseuse.

Après avoir rapporté dix observations inédites fournies par des malades opérés à la clinique de Winiwarter, il étudie les indications de l'opération.

L'indication la plus importante est fournie par les articulations ballottantes. et Rœrsch passe en revue les laxités articulaires dues à la paralysie infantile et à l'arthrite déformante, aux arthropathies nerveuses, les articulations de polichinelle quelquefois consécutives à des résections.

L'arthrodèse a encore été pratiquée pour combattre certaines luxations impossibles à maintenir réduites, pour des luxations congénitales du genou, pour des fractures non consolidées de la rotule, pour des luxations congénitales de la hanche, enfin pour des pieds plats invétérés (opération d'Ogston).

L'auteur indique ensuite le manuel opératoire pour chacune des articulations en particulier. C. WALTHER.

Irreductible dislocation of the great toe and of the thumb successfully healed by operation, par LLOYD (*The Lancet, p.* 459, 27 *février* 1892).

La luxation du gros orteil était récente, la luxation du pouce traitée par l'opération datait de quatre mois. La réduction, même après l'incision, fut difficile dans le premier cas et exigea des divisions ligamenteuses très étendues. Les résultats fonctionnels furent très bons dans les deux cas. Lloyd ne connaît pas d'autre exemple d'intervention pour une luxation irréductible du gros orteil. A.-F. PLICQUE.

Quelques remarques sur la résection de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose, par DELORME (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 26 *avril* 1892).

L'ankylose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ayant pour conséquence une gêne plus ou moins marquée dans la progression, Delorme y a remédié chez deux malades en pratiquant une excision, qui doit répondre à deux conditions :

La première à remplir, c'est d'abraser un à deux centimètres d'extrémité osseuse de la phalange, la tête métatarsienne, jouant dans cette articulation le rôle prépondérant, cette étendue de résection empêchera les surfaces osseuses, rapprochées par la traction des muscles, de se souder.

La deuxième condition est d'opposer, quand cela est possible, une surface cartilagineuse, quelque incomplète qu'elle soit, à une surface osseuse, c'est-à-dire de pratiquer une résection partielle.

Cette opération donne à peine de raccourcissement, un orteil mobile et la régularité de la progression. OZENNE.

Du traitement orthopédique des genoux cagneux, par MARTIN (*Revue d'orthopédie*, 1er *mars* 1892).

Martin n'est pas partisan des moyens sanglants et des manœuvres de force dans le traitement du genu valgum. Il se sert d'un appareil redressant les genoux d'une manière progressive et sans danger : l'attelle de Venel. Description de cette attelle et 3 figures la représentant seule et placée sur le membre à redresser. Quatorze observations cliniques complètent ce travail. CART.

Die Behandlung des federnden Fingers (Le traitement du doigt à ressort), par KOLLMANN (*München. med. Woch.*, *n*° 32, *p*. 572, 1892).

Dans les cas de cette affection où il n'existe pas de corps étranger, K. conseille le traitement suivant : tant qu'il y a des douleurs, enveloppement de Priessnitz avec immobilisation du bras dans une écharpe. Plus tard, compression par des bandes sèches en immobilisant le doigt sur une attelle de plomb, pendant six à huit heures, tous les deux jours, de préférence pendant le sommeil. C. LUZET.

Opération de la syndactylie congénitale (procédé autoplastique), par FÉLIZET (*Revue d'orthopédie*, 1er *janvier* 1892).

L'opération de Didot, adoptée avec faveur par tous les chirurgiens, outre qu'elle est d'exécution difficile, présente le grave inconvénient, en raison de la taille des lambeaux et de l'étendue des avivements, de provoquer une perte de sang redoutable chez l'enfant, surtout dans le premier âge. Le traitement que préconise Félizet comporte une série de manœuvres successives, qui ne demandent pas moins que quatre ou cinq semaines que l'on peut diviser en deux temps :

1er *temps :* Etablissement d'une commissure.

2e *temps :* Séparation des doigts.

Description minutieuse de ces deux temps. Six dessins accompagnent et éclairent ce travail. CART.

Un cas de pouce bifide, par LONGUET (*Revue d'orthopédie*, 1er *juillet* 1892).

Un pouce bifide est celui que produit la segmentation en deux branches parallèles des phalanges qui étaient destinées à fournir un pouce unique, que cette segmentation soit d'ailleurs totale ou partielle, limitée à l'une ou aux deux des phalanges qui constituent normalement le pouce. Ainsi définie, la bifidité du pouce semble constituer une anomalie congénitale assez rare ; le pouce bifide est en tous cas beaucoup moins fréquent que le pouce supplémentaire.

Longuet rapporte ici l'observation d'un cas du service de Kirmisson, et complète son article en étudiant l'anatomie pathologique et en indiquant le traitement de cette anomalie. CART.

Sur une variété peu étudiée de corps étrangers articulaires relevant de la synovite tuberculeuse, par COUDRAY (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

Depuis 6 mois, Coudray a observé sept arthropathies du genou, présentant comme particularité insolite, des épaississements localisés à la synoviale et formant de véritables tumeurs ou corps étrangers, relevant de la synovite tuberculeuse.

Ces épaississements se voient soit dans la forme végétante, soit dans la forme infiltrée de la synovite tuberculeuse, exceptionnellement dans la fongueuse.

Cette variété a été souvent méconnue, d'autant plus que la synoviale est parfois peu altérée.

Dans les cas douteux, ces tumeurs, dures le plus souvent, peuvent aider au diagnostic. Les injections de chlorure de zinc les font diminuer de volume et même disparaître pendant que la synoviale subit la transformation scléreuse. OZENNE.

Ueber eine subcutane Zehnenzerreissung (Déchirure sous-cutanée des tendons), par KUEMMEL (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 111, *p.* 241, 1892).

Il n'y a jusqu'ici que 5 cas de cette nature dans la littérature médicale.

Un cocher ayant eu à retenir ses chevaux avec force, éprouve une vive douleur à l'avant-bras droit, 3 semaines plus tard l'auteur diagnostique la rupture du tendon du long extenseur du pouce. Il y a un espace de 10 centimètres entre les deux bouts du tendon. Ces deux bouts sont unis à l'aide de 3 fils de soie ; l'auteur maintient la main dans l'extension forcée pendant 15 jours. Guérison complète. On constate à travers la peau les petits nodules qui correspondent aux fils de soie ; il est probable que ces fils sont entourés d'une gaine de tissu conjonctif. L. GALLIARD.

Tarsectomie pour pied bot, par REVERDIN (6e *Cong. franç. chir. et Gaz. des hôp.*, 30 *avril* 1892).

Dans une communication antérieure Reverdin a préconisé le procédé de tarsectomie suivant : Par une incision externe l'astragale est facilement enlevé et il est possible de bien explorer les surfaces osseuses et d'agir sur elles. Les péroniers doivent être sectionnés et ensuite suturés. Depuis six ans, 17 malades, dont 15 atteints de lésions tuberculeuses plus ou moins étendues des os du tarse, ont été ainsi opérés. Un seul est mort de grippe, 7 ont guéri sans accidents ; 3 autres avec abcès et fistules, et aucun d'eux n'a encore eu de récidive locale, bien que quelques-uns aient présenté des manifestations de la diathèse sur d'autres points.

Au point de vue fonctionnel, il est à noter que 11 malades suivis marchent très bien et que la forme du pied a été très peu altérée.

OZENNE.

Autoplastie de la main par désossement d'un doigt, par GUERMONPREZ (*Gaz. hebd. Paris,* 3 *octobre* 1891).

Guermonprez communique l'observation de trois malades atteints de

mutilation de la main. Dans ces 3 cas il a pratiqué l'autoplastie de la main par le désossement d'un doigt en prolongeant l'exérèse jusqu'au milieu du métacarpien.

De la description de ces faits il tire les conclusions suivantes : L'autoplastie de la main par désossement d'un doigt est indiquée pour remédier aux vastes pertes de substance déterminées par des plaies par ratissage, par des coups de cylindre ou par des brûlures.

Cette autoplastie doit être pratiquée en longeant de très près la surface de la gaine fibreuse des tendons au moyen d'un ténotome droit, afin de bien sauvegarder l'intégrité des vaisseaux et des nerfs.

Tous les éléments de l'ongle doivent être supprimés. Il est avantageux d'amputer le squelette du doigt dans son métacarpien ; il est utile de faire à la face profonde du lambeau un débridement longitudinal des tractus fibreux, afin de favoriser l'étalement du lambeau.

Il suffit de modérer la compression pour éviter l'oblitération des artères, dont la direction se trouve si complètement renversée par la direction du lambeau. OZENNE.

Resection of the first three cervical nerves for spasmodic wryneck (Résection des branches postérieures des 3 premières paires cervicales pour un torticolis spasmodique), par C. A. POWERS (*N. York med. journ., p.* 253, 5 *mars* 1892).

La section des rameaux postérieurs des trois premières paires cervicales pour la guérison du torticolis spasmodique a été pratiquée par Keen (*R. S. M.*, XXXVIII, 654). Ce chirurgien a obtenu un résultat satisfaisant. Son exemple a été suivi dans ce cas :

Homme de 37 ans, très nerveux, ayant depuis deux ans et demi des spasmes des muscles rotateurs du cou à droite, lesquels, d'abord légers, ont augmenté progressivement. Ils s'interrompent à peine durant la journée, et s'exaspèrent sous l'influence de la fatigue, des émotions, etc. Le sterno-mastoïdien, le trapèze, les scalènes ne participent pas aux contractions qui doivent être attribuées aux rotateurs postérieurs de la tête : splenius, grand droit postérieur, grand oblique.

L'auteur pratique l'incision d'après la méthode de Keen et résèque un segment de 3/4 de pouce des trois troncs nerveux indiqués à droite ; il draine la plaie. L'opération dure près de 2 heures, la découverte des nerfs étant difficile ; guérison de la plaie en 10 jours. A ce moment quelques contractions passagères ; puis la face se tourne vers la droite.

Huit mois plus tard on constate ce qui suit : La tête est légèrement inclinée à droite avec rotation de ce côté. La rotation volontaire s'exécute presque normalement à droite et à gauche. Il en est de même de l'extension de la tête et de la flexion. Dans l'extension, la rotation s'exécute librement, ce qui doit être attribué à un spasme ou à un raccourcissement permanent du splenius.

Pas de douleurs, pas de spasmes : aussi, malgré l'existence du torticolis persistant, l'opéré est-il très satisfait du résultat ? L. GALLIARD.

Weiteres über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii, par LEMKE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 230, 1892).

L'auteur a revu les deux malades qu'il a opérés précédemment (*R. S. M.*, XXXVIII, 655) et dont la santé est excellente. Il relate trois cas nouveaux :

1° Femme de 46 ans obèse, avec exophtalmie modérée et goître volumi-

neux. Le 16 janvier 1891, dyspnée nécessitant la trachéotomie; la trachée était comprimée latéralement. Le pouls reste irrégulier et faible. Le 9 février, l'auteur extirpe la moitié droite du corps thyroïde ; la plaie guérit rapidement et l'on peut enlever la canule. Dès lors l'exophtalmie disparaît; le pouls ne devient pas régulier. Le 14 avril, bronchite, fièvre (40°,5) mort dans la nuit. La mort est attribuée à l'influenza qui règne à cette époque ;

2° Fille de 20 ans, issue d'une famille tuberculeuse soignée pour de la bronchite fétide passagère. Elle a un corps thyroïde colossal, une légère exophtalmie, des palpitations. L'auteur extirpe, le 30 juillet 1891, sans trachéotomie, la moitié droite du corps thyroïde. Il constate un prolongement important derrière le sternum. En peu de temps le pouls se régularise, l'exophtalmie disparaît complètement. L'opérée peut reprendre ses occupations. Le côté gauche du corps thyroïde diminue progressivement de volume ;

3° Fille de 16 ans, ayant un goître volumineux et de fortes palpitations. Tachycardie sans arythmie, pas d'exophtalmie. Extirpation de la moitié droite du corps thyroïde le 30 novembre 1891. La plaie est très petite, l'hémorragie peu abondante. Depuis l'opération, les palpitations disparaissent. L'état de l'opérée est excellent.

La ligature des artères thyroïdiennes, que Drechmann a préconisée n'est pas praticable dans les cas où la trachéotomie paraît indispensable. Cette opération est plus difficile que la thyroidectomie. Elle nécessite des incisions bilatérales, et même deux incisions de chaque côté. D'après l'auteur, l'extirpation de la moitié du goître ne laisse pas subsister de difformité choquante du cou. La moitié respectée a de la tendance à se porter en avant et en bas, ce qui fait disparaître l'asymétrie.

L. GALLIARD.

Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales, par JEANNEL, (6e *Cong. franc.chir. et Gaz. des hôpit.*, 23 *avril* 1892).

D'un rapport présenté par Jeannel sur ce sujet, se dégagent les conclusions suivantes : les gangrènes chirurgicales doivent être divisées en deux grandes classes : les gangrènes trophiques, qui peuvent septicémier et les gangrènes toxiques ou par septicémie.

Les gangrènes trophiques non inoculées, quelle qu'en soit l'origine pathologique ou traumatique, ne sont ni contagieuses, ni envahissantes, ni infectieuses ; les gangrènes trophiques inoculées et les gangrènes toxiques sont contagieuses, envahissantes et infectieuses.

Pour les gangrènes trophiques non inoculées, l'expectation avec embaumement du membre suivie ou non d'amputation tardive ou retardée est une méthode de nécessité ; l'amputation primitive est une méthode de choix.

Pour les gangrènes trophiques inoculées, l'expectation avec embaumement du membre suivie ou non d'amputation peut être une méthode de nécessité, l'amputation primitive s'impose sauf contre-indication constitutionnelle, si la gangrène est envahissante.

Pour les gangrènes toxiques, l'expectation et l'embaumement suivis de l'amputation tardive est la méthode de nécessité ou de choix ; l'amputation primitive est un procédé d'exception.

Berthomier relate l'observation d'un homme de 36 ans, chez lequel fut pratiquée la ligature de l'artère fémorale en haut pour une plaie intéressant tous les organes du creux poplité, à partir du troisième jour, gangrène fou-

droyante par insuffisance de la circulation veineuse; une semaine après, momification absolue de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse et un mois et demi plus tard amputation de cuisse, suivie de guérison.

Gérard Marchant cite le fait d'un malade, qui, à la suite d'une morsure de cheval, fut pris, le quatrième jour, d'une gangrène foudroyante de l'avant-bras. Amputation du bras et guérison. L'examen bactériologique a révélé la présence du streptocoque pyogène dans le liquide recueilli au niveau de l'amputation, et du même bacille associé au vibrion septique de Pasteur dans le liquide recueilli au niveau de la plaie primitive. C'est un fait d'association microbienne, intéressant au point de vue thérapeutique.

Leprévost rapporte trois cas de gangrène, dont l'un mortel, survenue après la résection du sacro-coccyx, selon la méthode de Kraske, pour deux épithéliomas et un syphilome ano-rectal. Pour expliquer les troubles trophiques qui, en ces circonstances, apparaissent soudainement, Leprévost les rapproche des troubles d'origine spinale désignés sous le nom de décubitus acutus et il admet qu'ils sont la conséquence d'une lésion irritative des 5e et 6e paires sacrées, dont la section n'est peut-être pas toujours très régulièrement faite.

Campenon a vu, depuis 10 ans, 12 cas de septicémie gazeuse dans lesquels 11 fois la plaie s'est trouvée en contact avec les poussières du sol; c'est une condition qui doit retenir l'attention. La recherche des microbes n'a été faite que 4 fois ; elle a donné 3 résultats positifs à l'endroit du vibrion septique.

3 de ces gangrènes occupaient le membre supérieur et ont nécessité l'amputation, sans réunion, qui a été suivie de guérison.

Dans les 9 autres cas, intéressant le membre inférieur, on a noté 4 septicémies aiguës avec 2 morts ; pas d'amputation ; et 5 septicémies suraiguës avec 4 morts ; le survivant a été amputé. D'où la conclusion : dans la forme lente il faut tenter la conservation et dans la forme suraiguë il faut amputer immédiatement.

Ricard complète la classification pathogénique, présentée par Jeannel, en faisant remarquer qu'il existe, entre les gangrènes trophiques et les gangrènes toxiques, certaines gangrènes mixtes, nécessitant, pour se produire un traumatisme et une infection septique. C'est ainsi, comme il en rapporte un exemple, qu'on peut expliquer l'apparition de la septicémie à la suite de certains traumatismes chirurgicaux, qui, par eux-mêmes, n'ont pour action que de diminuer la vitalité des tissus.

OZENNE.

Traitement des varices et des ulcères variqueux, par RÉMY (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

La résection des veines variqueuses préconisée et pratiquée par un certain nombre d'auteurs, a été appliquée par Rémy, 55 fois sur 44 malades ; aucune de ces opérations n'a été suivie de phlébite ; dans un cas, il y a eu mort par angioleucite.

L'un des opérés est resté guéri depuis 4 ans; treize autres revus et suivis, sont en très bon état. OZENNE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Perforations throuhg the anterior pillars of the fauces, par MORRICE (*Lancet*, 16 *juillet* 1892).

Les perforations qu'on observe à travers le pilier antérieur du voile du palais et qui résultent ordinairement d'angines phlegmoneuses doivent surtout faire songer comme diagnostic rétrospectif à la scarlatine. Mais elles peuvent aussi survenir dans la diphtérie. C'est même celle-ci qui donnerait les perforations les plus complètes, les plus permanentes. M. en rapporte trois observations personnelles remarquables par la concordance de leur position au niveau de la dernière molaire et l'absence de toute tendance vers la cicatrisation, les bords étant aussi nets, aussi uniformes que ceux d'un ulcère de l'estomac. A.-F. PLICQUE.

Ueber Pharynxblutungen (Hémorragies pharyngées), par C. ROSENTHAL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 474, 1892).

Les hémorragies du pharynx reconnaissent pour causes les traumatismes, les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, la rupture des veines variqueuses à la base de la langue et dans l'arrière-cavité des fosses nasales, les maladies générales : hémophilie, scorbut, diabète, etc.

L'hématome rétro-pharyngien détermine des troubles de la respiration et de la déglutition ; on peut le confondre avec l'abcès rétro-pharyngien : c'est seulement après l'incision qu'on s'aperçoit alors de l'erreur commise. Il peut provoquer la gangrène de la muqueuse.

Le diagnostic des hémorragies du pharynx est souvent difficile. Le pronostic n'est grave, en général, que s'il y a blessure de la carotide interne.

Quand les astringents ne suffisent pas pour calmer les hémorragies, il faut employer le perchlorure de fer.

Dans le cas que cite l'auteur, et qui se rapporte à un homme robuste de 27 ans, il a été impossible de trouver la cause des hémorragies. Le sang venant soit de l'amygdale gauche, soit du pilier postérieur, a coulé pendant quatorze heures. L. GALLIARD.

Corps étrangers et productions cornées de l'arrière-gorge dans les pharyngomycoses; action du chlorure de zinc iodé sur le leptothrix buccalis, par B. DE NABIAS et J. SABRAZÈS (*Bull. Soc. de laryng. de Paris*, 3 *juin* 1892).

Dans trois cas de pharyngo-mycose, les auteurs ont trouvé au sein des filaments de leptothrix, une fois un fragment de pépin de pommes et deux fois une production cornée. Ils se demandent si ces corps étrangers n'ont pas favorisé l'accroissement du parasite.

Pour reconnaître facilement le leptothrix, ils conseillent d'avoir recours à la coloration par le chlorure de zinc iodé; le parasite se colore comme

les grains d'amidon en bleu foncé. Mais ce sel arrête le développement du leptothrix et les auteurs pensent qu'il pourrait être employé comme agent thérapeutique dans les pharyngomycoses. A. CARTAZ.

Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge, par J. GAREL (*Lyon méd., 2 octobre* 1892).

Garel établit comme une loi qui souffre peu d'exceptions qu'une dysphagie durant depuis un certain temps, trois semaines au moins, indique à coup sûr, presque en dehors de toute autre constatation, que la lésion de l'arrière-gorge qui y donne naissance est d'origine syphilitique. Il a pu dans un très grand nombre de cas douteux, qu'il s'agît d'accidents primitifs, secondaires ou tertiaires, établir, presque avec ce seul symptôme, la nature exacte de l'affection. Il excepte, bien entendu la forme de dysphagie laryngée liée le plus ordinairement à la tuberculose. Mais en règle générale il établit que la dysphagie chronique relève d'une lésion syphilitique de l'arrière-gorge. A. CARTAZ.

Quelques cas de syphilis pharyngo-laryngée, par A. CARTAZ (*Bull. Soc. de laryng. de Paris*, 3 *juin* 1892).

Cartaz publie dans cette note, trois observations de chancre de l'amygdale, une de chancre du voile du palais, deux cas de gomme du pharynx. Dans un de ces cas les accidents étaient complexes : il existait une gomme du pharynx, une gomme sous-périostale du crâne et une paralysie laryngée. Un traitement prolongé spécifique (pilules d'iodure hydrargyrique et 6 grammes d'iodure de potassium) n'amène aucun résultat, on pensa un moment à un sarcome généralisé. Soumis en dernier ressort aux injections d'hydrargyre, le malade guérit parfaitement.

La dernière observation a trait à une syphilis ancienne du larynx avec transformation de tous les tissus et formation d'une tumeur fibroïde sous-glottique qui donnait lieu à des troubles respiratoires prononcés et qui put être enlevée avec la pince. A. C.

Polymorphie der Rachendiphterie (Polymorphie de la diphtérie de la gorge) par K. SZEGO (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXIV, p.* 133-141).

Dans une épidémie de diphtérie qui, dans l'espace de deux mois et demi frappa les 3/5 des enfants d'un orphelinat, Szego a été frappé de l'extrême variété de la morphologie de l'angine au début. Il répartit les 35 observations recueillies en quatre grands groupes :

1° Dans le premier groupe, dépôts membraneux dès le début. Ce fut la forme classique accompagnée parfois d'accidents septiques et sténosiques ;

2° Dans le second groupe, aspect de détritus plutôt que de membranes vraies ;

3° Dans le troisième groupe, aspect d'angine absolument folliculaire au début. La fausse membrane se développa ensuite sous les yeux de l'observateur. Plusieurs de ces cas furent graves ;

4° Dans le quatrième groupe, aspect d'angine folliculaire du début à

la fin de la maladie. Ces cas restèrent bénins et quelques-uns évoluèrent sans fièvre. A.-F. PLICQUE.

De la persistance du bacille de Lœffler dans le pharynx après la guérison de la diphtérie, par F. TOBIESEN (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXIII*, 30).

Sur 46 malades examinés à leur sortie de l'hôpital, guéris de diphtérie, Tobiesen a trouvé le bacille de Lœffler dans le pharynx de 24 d'entre eux.

Pour 19 de ces 24 examens, la virulence du bacille a été étudiée par inoculations sur des cobayes.

Chez tous les malades, le diagnostic de diphtérie avait été établi d'une façon indiscutable par les procédés de Roux et Yersin.

Dans un seul cas, il y a eu contagion au dehors par un de ces malades.

A. CARTAZ.

The medical treatment of acute tonsillitis and pharyngitis, par J. E. NEWCOMB (*Americ. med. Assoc.*, *juin* 1889).

Résultats du traitement comparé de 169 cas d'amygdalite par le salol, le gaïac et le salicylate de soude. C'est le salol qui a paru donner le soulagement le plus rapide; 81 cas traités par ce médicament à la dose de 0,25 centigrammes toutes les deux heures ont amené l'amélioration en une moyenne de 14 à 15 heures. L'auteur note que sur ces 169 cas, 47 avaient des antécédents très nets de rhumatisme. Le salol a été bien supporté. A. CARTAZ.

I. — De quelques usages de l'antipyrine dans les affections de la gorge et du larynx, par G. COUPARD et E. SAINT-HILAIRE (*Rev. de laryng.*, 15 *janvier* 1891).

II. — Antipyrine as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract, par E. B. GLEASON (*N. York med. journal*, 29 *octobre* 1892).

I. — Les auteurs ont mis à profit les propriétés analgésiantes de l'antipyrine dans quelques cas d'hyperesthésie pharyngo-laryngée. Ils l'administrent à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes, et pratiquent des attouchements locaux 2 à 3 fois par semaine avec une solution concentrée (4 à 16 grammes pour 10 grammes d'eau). Ces applications donnent une sensation de brûlure vive qui ne persiste pas longtemps. Ils emploient aussi des pulvérisations à 3 0/0 qui ont une action décongestive et antiseptique. Ils publient plusieurs observations de toux quinteuse rebelle guérie par quelques applications.

Cette médication peut encore être utile dans la tuberculose laryngée pour calmer la dysphagie.

II. — Gleason a obtenu les mêmes résultats efficaces dans la pharyngite, la rhinite chronique. Il lui reconnaît un effet antispasmodique puissant en même temps qu'antiseptique. Il emploie pour le pharynx les pulvérisations d'une solution à 4 0/0. Les premières applications sont un peu sensibles, mais la douleur passe vite et l'analgésie (non l'anesthésie) persiste longtemps. Pour le nez, il est bon d'employer avant le

badigeonnage à la cocaïne; l'antipyrine est souvent assez irritante et il est prudent de ne pas en user pour des rhinites ou des laryngites trop aiguës.

G. relate six cas où les résultats ont été des plus satisfaisants.

A. CARTAZ.

Di alcune ricerche intorno al potere di assorbimento della mucosa nasale, par M. TREVES (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, p. 541, *juillet* 1892).

Le pouvoir absorbant de la muqueuse nasale est nul dans la région vestibulaire, mais existe sur tout le reste de la muqueuse. Il varie suivant les substances, il est plus rapide pour l'iodure de potassium que pour le salicylate de soude et le santonate de soude par exemple. Il varie suivant les individus, dans des proportions plus considérables que celui de la muqueuse gastrique. GEORGES THIBIERGE.

Les perforations de la cloison du nez, par HAJEK (*Ann. mal. de l'or.*, *octobre* 1892).

La fréquence relative de cette lésion sur la cloison tient à des causes multiples : 1° Sa situation exposée aux traumatismes directs; 2° la présence de grosses glandes muqueuses à large orifice; 3° le revêtement sur les deux faces, à la partie antérieure, d'un épithelium pavimenteux; 4° l'amincissement congénital; 5° une modification fréquente du cartilage, sorte de dystrophie spontanée.

De ces conditions diverses naît une résistance moindre, une accumulation des poussières sur ce point, la facilité des érosions, etc.

Hajek décrit 3 variétés de perforations.

1° L'ulcère perforant, indépendant de la tuberculose et de la syphilis, évoluant d'une façon latente. Il l'a trouvé 33 fois sur 2136 cadavres. En dehors des causes préparant le terrain, le traumatisme continu (grattage, poussières dans certaines professions) est un facteur important. Au début, presque toujours des épistaxis à répétition, puis formation d'une petite eschare, décollement du périchondre, nécrose du cartilage et séquestre. L'affection se produit des deux côtés à la fois le plus souvent et ne s'accompagne d'aucune lésion de voisinage.

2° La perforation tuberculeuse.

3° La perforation syphilitique.

L'auteur indique la pathogénie de ces deux variétés et discute en terminant le diagnostic de ces diverses lésions. A. CARTAZ.

I. — Déviations non traumatiques de la cloison des fosses nasales, classification, embryologie, par H. CHATELLIER (*Bull. Soc. de laryng. de Paris*, *4 mars* 1892).

II. — Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale, par POTIQUET (*Ibidem*, *4 mars* 1892).

III. — Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face, par POTIQUET (*Ibidem*, 1er *juillet* 1892).

IV. — Des épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson, par POTIQUET (*Ibidem*, 1er *juillet* 1892).

I. — Chatellier n'a en vue que les déviations non traumatiques. En étudiant la conformation aux troisième et quatrième mois de la vie intra-utérine, on constate que tandis que l'ossification est commencée dans le vomer, les cornets et les maxillaires, l'ethmoïde est encore cartilagineux. Or, cet os présente à ce moment, dans sa lame perpendiculaire à la partie moyenne, une partie étranglée qui constitue un point de moindre résistance, un point faible. A l'union du cartilage quadrangulaire et du vomer existe un autre point faible, articulation ethmoïdo-chondro-vomérienne. Enfin les lames des apophyses palatines ne sont pas encore soudées et l'espace vide, sur lequel repose le bord inférieur du vomer, est rempli par du tissu conjonctif.

On comprend ainsi que des irrégularités dans le développement parallèle de la cloison et des parois latérales des fosses nasales amène forcément une incurvation ou un enfoncement de la cloison, devenue trop longue pour les parties qui doivent la recevoir.

Chatellier indique en terminant les méthodes de traitement susceptibles de remédier à ces divers états pathologiques.

II. — Dans cette étude critique fort complète, Potiquet passe en revue les opinions émises sur l'origine des déviations de la cloison. Les statistiques ne donnent pas de résultats bien nets sur le plus ou moins de fréquence des déviations dans un sens ou dans l'autre et ce que l'on peut dire, c'est que ces inclinaisons se font assez indifféremment à droite ou à gauche. De toutes les causes invoquées pour les expliquer, il n'y en a guère que deux à retenir, le traumatisme et l'arrêt de développement.

III. — Les causes anatomiques de la déviation de la cloison peuvent être divisées en intrinsèques, tenant à la cloison elle-même, et extrinsèques, au cadre osseux qui l'enveloppe. A ce dernier point de vue, si l'on étudie, à l'aide des diagraphes de Lissauer (*Arch. f. Anthropol.*, *XV*), les profils de crânes d'enfants et d'adultes, on constate que le maxillaire supérieur uni au palatin exécute, de la naissance à l'âge adulte, un mouvement de rotation autour du point d'union de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec l'ethmoïde; que dans les races blanches, ce mouvement est plus prononcé chez l'homme que chez la femme; et qu'enfin il est plus prononcé dans les races supérieures que dans les races inférieures.

Existe-t-il un rapport entre le degré de ce mouvement de rotation et la déviation de la cloison? Pour s'en assurer, Potiquet a examiné 46 crânes du musée de Clamart, crânes de Parisiens du siècle dernier; il en trouvé 23 avec une déviation. Sans qu'il y ait dans les mensurations une corrélation absolue avec l'inflexion antéro-postérieure de la face, on peut dire que la cloison nasale osseuse tend d'autant plus à s'incurver latéralement que le mouvement de rotation s'accuse lui-même davantage. Cette incurvation tient en partie à la difficulté qu'éprouve la lame cartilagineuse à s'adapter à ces conditions nouvelles crées par ce mouvement de rotation avec retrait.

IV. — Dans ce dernier mémoire, Potiquet étudie longuement la dispo-

sition et le développement des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson et montre que parmi les épaississements de la partie antéro-inférieure il en est qui dépendent du degré d'inflexion antéro-postérieure de l'arc de la face, tels ceux qui occupent le voisinage du bord supérieur du vomer ou ceux qui sont formés par une saillie latérale de l'apophyse palatine médiane; d'autres tiennent à une involution insuffisante, aux cartilages de Jacobson. A. CARTAZ.

Sulle deviazoni del setto osseo e cartilagineo del naso, par I. DIONISIO (*Arch ital. di laring.*, *XII*, 4).

Ce travail constitue une revue très complète de la question des déviations de la cloison. L'auteur, après avoir résumé les opinions des divers auteurs sur l'étiologie, et retracé un historique détaillé, croit que ces déviations de formes si variées sont dues à des inégalités de développement dans la période embryonnaire. L'ossification du vomer se faisant par deux points latéraux, il y aura une déviation plus ou moins prononcée suivant la marche plus ou moins inégale de l'ossification et du développement des deux parties.

Dionisio divise les déviations en : 1° déviations limitées ou dues en moyenne partie à la lame cartilagineuse; 2° épaississements uni ou bilatéraux du cartilage avec déviation nulle ou légère; 3° déviations tenant seulement à la partie osseuse; 4° épines ou épaississement de l'os.

Après avoir indiqué les symptômes, Dionisio étudie les diverses et nombreuses méthodes de traitement. Aucune ne peut être adoptée à l'exclusion des autres; chez les jeunes sujets, par exemple, au-dessous de dix ans, il suffira souvent des méthodes de redressement avec maintien par compression. La galvanocaustie et l'électrolyse n'ont pas à ses yeux grande valeur; la dernière est trop longue comme application. Comme méthode sanglante, il pratique dans les épaississements ou déviations angulaires une résection cunéiforme à l'aide d'une pince coupante-ciseau imaginée par lui. Ce ciseau ressemble un peu à celui de Asch.

A. CARTAZ.

Des déviations et des éperons de la cloison du nez et de leur traitement par l'électrolyse, par BERGONIÉ et MOURE (*Arch. clin. Bordeaux, février-mars-avril* 1892).

Les déviations et éperons de la cloison du nez, peuvent être ainsi classées : 1° déviations horizontales et supérieures occupant la partie supérieure du nez, par conséquent la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; 2° déviations horizontales et inférieures (les plus communes) et déviations horizontales et antérieures; 3° combinaison des deux premières avec saillies et dépresssion dans les deux narines. C'est la déformation en S.

Après avoir rappelé la symptomatologie et les procédés de destruction de ces éperons, Bergonié et Moure estiment que l'électrolyse doit être la méthode de choix. Ils n'acceptent que la méthode bipolaire, dont la supériorité est incontestable.

Cette opération non sanglante dont la technique instrumentale est minutieusement décrite par les auteurs, est à peu près indolore, exempte de dangers et d'une efficacité constante. OZENNE.

I. — Die electrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen..., par Hermann DAVIDSOHN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, *p.* 665, *et* n° 28, *p.* 697, 4 *et* 11 *juillet* 1892).

II. — Ueber Durchleuchtung der Gesichtsknochen, par C. ZIEM (*Ibidem*, n° 33, *p.* 839, 15 *août*).

I. — Il résulte des observations faites par Davidsohn que pour le diagnostic des abcès de l'antre d'Highmore à l'aide de l'éclairage des os de la face par la cavité buccale, le seul signe certain n'est pas la différence de clarté des deux joues (qui fait défaut alors que la quantité de pus est peu considérable), mais uniquement l'illumination ou la non illumination de l'œil.

Quand l'œil du côté suspect est éclairé, on peut exclure l'idée de pus, alors même qu'il n'en existerait qu'un quart de cuillerée à thé. Toutefois la réciproque n'est pas vraie. L'œil peut rester obscur sans que cela indique un abcès du sinus maxillaire, dans les cas où le palais est ogival et les arcades dentaires presque parallèles entre elles. Le même phénomène s'observe d'ailleurs pour la joue dans les mêmes circonstances.

II. — Ziem conteste la valeur diagnostique du signe de Davidsohn, en se basant sur des considérations d'anatomie et d'optique. (*R. S. M.*, XXXVIII, 704 et 705.) J. B.

Du traitement des suppurations rebelles du sinus maxillaire, par A. CARTAZ (*Rev. de laryngol.*, 1er *juillet* 1892, *et Arch. int. de laryng.*, *V*, 5).

L'auteur insiste, dans cette note, sur la difficulté d'apprécier, dans le diagnostic des abcès du sinus maxillaire, le degré de la lésion et de pouvoir dès lors porter un pronostic ferme. Dans bien des cas, l'ouverture par la fosse nasale ou l'alvéole dentaire laisse, en dépit des lavages antiseptiques, des pansements les mieux faits, persister des fistules impossibles à fermer, sous peine de voir reparaître les troubles primitifs, écoulement nasal, céphalées, etc. Dans ces cas rebelles, il n'y a qu'un parti à prendre; si les injections plus ou moins caustiques n'amènent pas la disparition de la suppuration, il faut ouvrir largement l'antre d'Highmore par la fosse canine, et nettoyer, curer le foyer aussi bien que possible; ce qui n'est pas toujours facile, en raison des anfractuosités très variables de cette cavité.

L'auteur publie deux cas où la suppuration était entretenue par des altérations profondes de la muqueuse, fongosités, pseudo-membrane pyogénique, par des cloisonnements fibro-cartilagineux formant des loges qui ne se vidaient pas. L'ouverture large et le raclage ont amené une guérison complète. A. C.

Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis (Paralysie laryngée dans l'ataxie), par GRABOWER (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, *p.* 633, 1892).

Dans ce cas, la paralysie était limitée au crico-aryténoïdien postérieur gauche; il n'y avait pas de contracture des adducteurs.

Un homme de 35 ans, atteint de l'influenza il y a deux ans, a éprouvé, six semaines après la guérison de cette maladie, du vertige et des douleurs lancinantes des membres inférieurs. Il offre tous les signes de l'ataxie et

souffre parfois de crises laryngées. Au laryngoscope, on ne constate pas de catarrhe. La corde vocale gauche est relâchée et présente une courbure qui disparaît pendant les actes de la phonation. Quand le sujet respire tranquillement, elle se maintient dans la position cadavérique ou plutôt en dedans de cette position. Dans les respirations profondes, la corde vocale est animée d'un léger tremblement; la corde vocale droite dépasse de beaucoup les limites de la position cadavérique. Quand le malade parle, la corde gauche se tend; son bord libre n'est plus concave : il devient rectiligne et s'adapte au bord de la corde opposée. L. GALLIARD.

Ueber primäres Kehlkopferysipel (Erysipèle primitif du larynx), par O. SAMTER (*Deutsche med. Woch.*, *p*. 769, *n*° 34, 1892).

L'érysipèle primitif du larynx a été signalé par Ryland en 1837, par Rühle en 1861, par Massei en 1886.

Un homme de 37 ans, n'ayant offert aucun symptôme de lésion bucco-pharyngée, est pris brusquement de frisson et de fièvre. On constate une laryngite œdémateuse avec un petit abcès rétro-épiglottique. Au bout de vingt-quatre heures la trachéotomie devient nécessaire, et comme il y a une cyphose vertébrale, c'est la trachéotomie supérieure qu'on est obligé de pratiquer. Vingt-quatre heures plus tard apparaît au niveau de la plaie un érysipèle remarquable par la rapidité de son extension, envahissant une grande partie du tronc et déterminant, sur plusieurs points, de petits abcès. L'apparition de l'exanthème n'a été signalée par aucun phénomène général. Guérison hâtive. Dans le pus du petit abcès épiglottique, qu'on a pu ponctionner rapidement, et dans celui des autres abcès on trouve le streptocoque de l'érysipèle. L. GALLIARD.

Ueber primaere Entzuendungen im und am Cricoarytaenoidalgelenk, par L. GRUENWALD (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 20, *p*. 481, 16 *mai* 1892).

Gruenwald a observé 5 fois l'ensemble symptomatique suivant qu'il rattache à une synovite aiguë de l'articulation crico-aryténoïdienne : 1° une sensation incommode toute spéciale que les malades ressentent, surtout en avalant, de l'un ou des deux côtés du cou, et qu'ils rapportent tantôt à l'angle maxillaire, tantôt à l'amygdale ou au niveau de l'os hyoïde; 2° provocation de la même sensation en exerçant une pression au niveau de la région de l'articulation crico-aryténoïdienne; 3° production simultanée, par cette pression, d'une légère crépitation exactement localisée en ce point et perceptible en général seulement au palper, mais parfois aussi à l'oreille; 4° exacerbation de la sensation désagréable, dans le décubitus dorsal, surtout quand le malade exécute en même temps des mouvements de déglutition; chez certaines personnes, le sentiment de gêne n'apparaît que dans ces conditions; 5° mouvement horizontal en dedans du cartilage aryténoïde, visible au laryngoscope, quand on comprime le point indiqué; 6° sensibilité limitée à la région de l'articulation quand on la touche avec un stylet par l'intérieur de l'œsophage.

R. de la Sota (*R. S. M.*, XXIX, 293) et Lacoarret (*R. S. M.*, XXXVIII, 709) ont publié sous le nom d'arthrite aiguë crico-aryténoïdienne des faits qui se distinguent de la description précédente, par la tuméfaction périarticulaire et l'immobilisation de l'articulation; aussi Gruenwald, qui en a observé aussi d'analogues, les regarde-t-il comme des cas complexes. Il en est de même d'un fait relaté sous le même titre chez une rhumatisante, par Schmiegelow (*Centralbl. f. Laryngol.*, VI). J. B.

Note sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien, par RUAULT (*Arch. int. de laryngol.*, *V*, 4).

Ruault ne pense pas que les phénomènes laryngoscopiques rapportés par les uns à la paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, par les autres à la contracture des adducteurs, dépendent en réalité de l'une ou l'autre de ces causes. Il les rattache à une contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien, presque toujours secondaire à une paralysie isolée de l'antagoniste, c'est-à-dire du faisceau *externe* du crico-aryténoïdien postérieur.

Si l'on admet que ce faisceau externe puisse être atteint isolément, l'action phonatrice du crico-aryténoïdien postérieur dévolue à son faisceau interne persiste; et l'on s'explique ainsi les troubles respiratoires intenses sans altération grave de la voix. A. C.

Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par A. ONODI (*Rev. de laryng.*, 1er *novembre* 1892).

1° Le nerf moteur qui innerve les muscles du larynx est le nerf récurrent. L'hypothèse de la double innervation doit être mise absolument de côté, ainsi que toutes les autres analogues se rapportant à la paralysie et à la position médiane des cordes vocales.

2° Les nombreuses communications trouvées sur l'homme par Onodi entre les nerfs laryngés supérieur et inférieur sont des points d'entrecroisement par lesquels des nerfs provenant d'autres points passent pour arriver sur les différentes parties de la muqueuse du larynx ; les nerfs de cette muqueuse se croisent sur la ligne médiane; l'innervation sensible se fait des deux côtés.

3° Sur le chien, des filets moteurs de la musculature du larynx sont contenus dans les rameaux qui font communiquer le plexus brachial et le sympathique et dans le double système périphérique entre le ganglion sympathique inférieur cervical et le premier ganglion thoracique.

4° L'accessoire du spinal n'a rien à voir dans l'innervation du larynx.

5° Les filets nerveux du crico-aryténoïdien postérieur perdent leur conductibilité plus tôt que les constricteurs. De même ce muscle meurt avant les adducteurs. La doctrine de Rosenbach et Semon se trouve expérimentalement confirmée.

6° L'opinion de Jelenffy qui dit que le crico-aryténoïdien postérieur peut tirer en dedans l'apophyse vocale est expérimentalement détruite.

A. C.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1892.

A

Abcès. — La pyogénèse artificielle et le traitement des maladies infectieuses, par Éloy. (*Rev. gén. de clin.*, 24, p. 370.) — Guérison d'un cas de diathèse purulente (24 abcès) chez une fillette, par Adler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 521, 23 mai.) — Abcès sous-diaphragmatique, d'origine probablement tuberculeuse, par Langenbuch. (*Ibid.*, p. 520, 23 mai.) — Des abcès froids de la paroi thoracique, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 23 août.)

Abdomen. — Pronostic et traitement de l'ascite, par Cheadle. (*Bost. med. J.*, 19 novembre.) — Brides et nœuds dans l'abdomen comme cause de coliques douloureuses, par Lauenstein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Modification technique du tamponnement de la cavité abdominale, par V. Ott. (*Cent. f. Gyn.*, 13 août.) — De la palpation des organes du bassin et de l'abdomen, par Skatsch. (*Samml. klin. Vorträge*, 48.) — Plaie par arme à feu de l'abdomen pendant la grossesse, guérison, par Milner. (*Med. News*, 27 août.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coups de couteau. Pas de perforations intestinales. Mort par hémorragie de l'épigastrique, par Imbert et Magnol. (*Montpellier médical*, 38, p. 751.) — Cinq cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, par G. Arcelaschi. (*Morgagni,* mai.) — Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture, par Delagénière, (*Arch. prov. de chir.*, I, 3.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, péritonite traumatique, guérison, par Aris. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 9 octobre.) — Tumeurs des parois abdominales, par Ill. (*Americ j. of Obst.*, novembre.) — Des tumeurs de l'ombilic, par Pernice. (*Halle.*) — Carcinome abdominal généralisé, par Viguier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 octobre.)

Absorption. — De l'absorption dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, par Barnes. (*Lancet*, 22 octobre.)

Accouchement. — Traité d'obstétrique, par Paul Zweifel. (*Stuttgart.*) — Précis d'obstétrique, par A. Kramer. (*Stuttgart.*) — Guide pour l'examen des femmes enceintes, par F.-A. Kehrer. (*Heidelberg.*) — La question des sages-femmes, par Honck. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 1.) — De l'exploration interne des femmes en couches au point de vue de la pratique rurale, par M. Gœrdes. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 470, 9 mai.) — L'asepsie en obstétrique, par J. Veit. (*Ibid.*, p. 473, 16 mai.) — Obstétrique asep-

tique ou antiseptique, par Fraenkel. (*Wiener med. Presse,* 14 août.) — La fièvre chez les femmes récemment accouchées, par Crouzat. (*Midi méd.,* 9 juillet, et *Arch. de tocol.*, octobre.) — Le dégagement de la tête dans l'accouchement par le front, par Heinricius. (*Congrès de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 sept.) — Sur les présentations du siège à la maternité de Nancy, par Étienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Accouchement compliqué d'un fibrome sous-muqueux, par Hollister. (*N. York med. Journ.*, 1er octobre.) — Anomalie de rotation du corps fœtal, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er mai.) — De l'influence de la ligature simple du cordon sur la délivrance, par Nguyen Khac Can. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.) — Une anomalie dans le mécanisme de l'accouchement par la face, non décrite jusqu'à présent, par Cooke Hirst. (*Univ. med. Magaz.*, fév. et *Arch. de tocol.,* août.) — Mécanisme d'un accouchement commencé en position occipito-iliaque droite postérieure et terminé en position occipito-iliaque gauche antérieure en passant devant le sacrum, par Parisot. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er août.) — Etude sur les occipito-postérieures, par Vallois. (*Arch. de tocol.*, août.) — Etude de 9 cas de paralysie obstétricale, par Burr. (*Boston med. Journal*, 8 septembre.) — Sur la modification du travail due à l'extrême macération du fœtus, par Townsend. (*Ibid.*, 8 septembre.) — Des déchirures obstétricales du col, par Cadiergues. (*Thèse de Paris*, 1er décembre.) — Du diagnostic de la malformation utérine pendant le travail, par Sécheyron. (*Midi médical*, 25 juin et *Arch. de tocol.*, octobre.) — Des injections intra-utérines après l'accouchement par Demelin. (*Rev. gén. de Clin.*, 37, p. 584.) — Emploi du forceps à traction axiale dans les opérations du bassin supérieur et inférieur, par Dewar. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Dystocie de la délivrance chez une femme ayant subi le raccourcissement d'un seul ligament rond, par Chaleix. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 juillet.) — Putréfaction intra-utérine, fœtus vivant, par Leblond. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 7.) — Un cas d'hématome tubéreux sous-chorial de la caduque, par H. Walther. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 septembre.) — Dystocie par brièveté du cordon, traitement par la position, par King. (*Americ. J. of Obst.*, septembre.) — Dystocie par excès héréditaire de volume de la tête fœtale, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er oct.) — Un cas de dystocie causé par un kyste hépatique du fœtus, par Bagot. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 265, avril.) — 3 cas de dystocie, par Toujan. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 1er sept.) — Avantages de la version pour certains cas d'accouchements, par Clarke. (*Americ. J. of Obst.*, novembre). — Disjonction spontanée des os du pubis pendant l'accouchement, par F. Lezza. (*Rivista clinica e terapeutica*, 2, p. 78.) — Les symphises pelviennes dans la grossesse et l'accouchement, par Conklin. (*Americ. J. of Obst.*, novembre.) — Symphyséotomie pratiquée chez une femme rachitique au terme de la grossesse, succès pour la mère et l'enfant, par Porak. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Deux symphyséotomies avec issue heureuse pour la mère et l'enfant, par Leopold. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Symphyséotomie, un cas, par Hirst. (*Med. News*, 15 octobre.) — Une nouvelle opération d'urgence, la symphyséotomie, par Wallich. (*Bull. méd.*, 23 octobre.) — De la symphyséotomie et des ruptures de la symphise, par Zweifel. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 novembre.) — Les résultats de la symphyséotomie antiseptique, par Harris. (*Americ. gyn. Soc.*, 20 septembre.) — Un cas de symphyséotomie, par Tarnier. (*Ann. de gyn.*, août.) — De la basiotripsie, par Heinricius et Bar. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 septembre.) — Indications de la craniotomie sur l'enfant vivant et contre-indications de l'opération césarienne, par Rosenberg. (*Americ. J. of Obst.*, septembre.) — Un nouveau cas d'embryotomie rachidienne, par Toujan. (*Arch. de tocol.*, août.) —

L'accouchement prématuré artificiel dans la pratique civile, par H. Fehling. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 601, 20 juin.) — De l'accouchement provoqué chez les cyphotiques et de la couveuse, par Delthil. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 21 sept.)

Acné. — Traitement de l'acné de la face, par Renault. (*Rev. gén. de clin.*, 23, p. 353.) — Traitement local de l'acné inflammatoire, par Brocq. (*Ibid.*, 26, p. 409.)

Acromégalie. — Un cas d'acromégalie, par Dulles (*Med. News*, 5 nov.) — Un cas d'acromégalie, par S. Solis Cohen. (*Ibid.*) — Sur l'acromégalie, par R. Massalongo. (*Riforma medica*, 12 juillet.) — Hémianopsie bilatérale temporale dans un cas d'acromégalie, par Pflüger. (*Rev. gén. d'ophth.*, juillet.)

Actinomycose. — L'actinomycose dans une concrétion du conduit de Wharton, par Majocchi. (*Arch. per. de sc. med.*, XVI, 3.) — Actinomycose du foie et du poumon, par Brigidi. (*Gazz. degli Ospitali*, 11 août.) — Actinomycose de la colonne vertébrale et des parois thoraciques avec propagation au poumon, par Henck. (*Münch. med. Woch.*, 24.) — Actinomycose de la face et du cou. Traitement avec des protéines bactériennes, par P. Ziegler. (*Münch. med. Woch.*, p. 406, 7 juin.) — Obs. d'actinomycose, par Dor. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — Pronostic de l'actinomycose, par Schlange. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.)

Addison (Maladie d'). — Un cas de maladie d'Addison où la nature tuberculeuse de la lésion de la capsule est démontrée, par J. Coats. (*Glasgow med. Journ.*, p. 86, août.) — La fatigue chez les Addisoniens, par Abelous, Charrin et Langlois. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Maladie bronzée d'Addison, de nature tuberculeuse, par Desnos. (*Gaz. des hôp.*, 13 oct.) — Des rapports entre les lésions des capsules surrénales, les lésions nerveuses sympathiques et la maladie d'Addison, par Barbier. (*Gaz. méd. Paris*, 16 juillet.) — De la pigmentation dans la maladie d'Addison, par Raymond. (*Arch. de phys.*, IV, 3.)

Aérothérapie. — De l'aérothérapie, par Forlanini. (*Cong. de méd. ital., Riforma med.*, 27 oct.)

Albuminurie. — Sur la formation de graisse aux dépens de l'albumine, par E. Voit. (*Münchener med. Woch.*, 26, p. 460.) — Sur la pneumoprotéine, par Foa et Scabia. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 438.) — Recherches sur la constitution chimique des peptones par Schortzenberger. (*Acad. des Sc.*, 14 novembre.) — Sur les albumines physiologiques normales et pathologiques et sur l'albuminurie physiologique, par Béchamp. (*Bull. acad. méd.*, 25 octobre.) — De l'albuminurie, par Gastou. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — L'albuminurie dans les affections vénériennes, par Géraud. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Le pronostic de l'albuminurie maxima (albuminurie intermittente, cyclique, transitoire), par Lecorché et Talamon. (*La Médecine moderne*, 22 septembre et 13 octobre.)

Alcool. — Influence de l'alcool sur la circulation, par Gutnikow. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — Imbécile ivrogne, abandonné à lui-même, devenant homicide, par Paris. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre.) — Sur la paralysie apoplectique d'origine alcoolique, par Eichhorst. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIX, 1.)

Aliénation. — Principes d'une séméiologie psychiatrique, par C. Wernicke. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 552, 6 juin.) — De l'action bactéricide et toxique du sang des aliénés, par d'Abundo. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.) — L'acide urique dans les formes de dépression mentale, par Marzocchi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.) — Sur le moulage du crâne des aliénés, par Al. Richter. (*Archiv f. pathol, Anat.*, CXXVIII, 2.) — L'origine toxique de la folie, par Kellogg. (*Journ. of nerv. dis.,* octobre.) — Etude des troubles sensoriels et sensitivo-moteurs dans l'aliénation, par Thomlison. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Fréquence des maladies rénales chez les aliénés, par Bondurant. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre). — Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra, par Camuset. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — La katatonie est-elle une forme spéciale de trouble mental? par Nolan. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — Hypochondrie sexuelle et perversion de l'instinct génésique, par Rosse. (*Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Influence de la monépause sur le développement de la folie, par Garat. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Sur les signes précoces des affections mentales et la prophylaxie de l'aliénation, par Macdonald. (*Brit. med. J.*, 22 octobre.) La confusion mentale primitive, par Chaslin. (*Ann. méd. psych.,* sept.) — Idées de persécution systématisées à forme obsédante et consciente, par Séglas. (*Semaine méd.,* 5 octobre.) — Sur le délire des négations, par Arnaud. (*Ann. méd. psych.,* novembre.) — Forme nouvelle de folie du doute, par Lombroso (*Giornale R. Accad. di medic. Torino,* février, p. 295.) — De la manifestation tardive des syndromes épisodiques chez les prédisposés vésaniques sous l'influence de l'apoplexie cérébrale, par Marandon de Montyel. (*Gaz. des hôp.,* 11 octobre.) — Sur un cas de folie héréditaire, par Otto Dornblueth. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 324, avril.) — Un cas de délire hallucinatoire (idées de grandeur et de persécution), par Meissner. (*Ibid.*, III, 306, avril.) — Un cas de folie religieuse, par Matignon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 août.) — Des troubles de l'idéation dans la paranoïa, par Ziehen. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.) — Manie transitoire, suites particulières, par Trowbridge. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 octobre.) — Observation de suicide chez un aliéné, par Sizaret. (*Ann. d'hyg. publ.*, 258, mars.) — Le sulfate neutre de duboisine dans les psychopathies, par F. Venauzio. (*Morgagni*, juillet, p. 416.) — De la transfusion nerveuse chez les aliénés, par Cullerre. (*Gaz. méd. Paris*, 27 août.) — Chirurgie abdominale chez les aliénés, par Manton. (*Americ. J. of Obst.*, novembre.)

Allaitement. — Des méthodes de modification du lait dans l'allaitement infantile, par Rotch et Jackson. (*Boston med. Journal*, 21 juillet.)

Aliment. — Expériences sur le pain et le biscuit, par Balland. (*Acad. des Sc.,* 31 oct.) — Réforme alimentaire et sanitaire, par Boens. (*Bull. Acad. de méd. Belgique,* 8, p. 710.) — Principes de l'alimentation des malades, par F. Hirschfeld. (*Hyg. Rundsch.*, II, 302.)

Amputation. — De l'amputation interscapulo-thoracique, par Chavasse. (*Lancet,* 27 août.) — Tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus, amputation interscapulo-thoracique, par Delorme. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 446.) — Désarticulation interscapulo-thoracique, par Poncet. (*Lyon méd.*, 9 octobre.) — Broiement du membre supérieur par une machine ; désarticulation immédiate de l'épaule ; fièvre consécutive tenant à des fractures concomitantes de l'omoplate qu'on enlève ; guérison apyrétique, par Langenbuch. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 521, 23 mai.) —

Modification d'Helferich pour l'amputation de Chopart, par Sonnenburg. (*Berl. klin. Wochens.*, 30 mai.)

Amygdale. — Physiologie et pathologie des amygdales, par North. (*Amer. med. Assoc.*, juin et *Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation, par Geschwind. (*Semaine méd.*, 5 octobre.) — Quelques complications des amygdalites aiguës, par Auché. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.) — Occlusion des mâchoires d'origine amygdalienne, par Lavrand et Redier. (*Journ. sc. méd. Lille*, 22 juillet.) — Amygdalites blanches, par Icard. (*Lyon méd.*, 14 août.) — Amygdalite folliculaire et pharyngite infectieuse pseudo-membraneuse, par Casselberry. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes, par Hélot. (*Normandie méd.*, 1er oct.) — Hypertrophie des amygdales et amygdalotomie, par Radcliffe. (*Med. News*, 12 novembre.) — 15 cas d'hypertrophie de l'amygdale linguale, par Scheppegrell. (*Ibid.*, 29 octobre.) — De quelques symptômes dus à l'hypertrophie de la 4e amygdale, par Chauveau. (*Arch. int. de laryng.*, V, 5.) — Notes sur l'amydale linguale, par Wingrave. (*Journ. of laryng.*, mai, p. 213.) — Sarcome de l'amygdale, difficulté du diagnostic histologique, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, V, 4.)

Anatomie. — Technique de l'examen histologique des préparations d'anatomie pathologique, par C. von Kahlden. (*Iéna.*) — L'anatomie dans ses rapports avec l'étude de la médecine, par Cleland. (*Lancet*, 22 octobre.) — Les proportions du corps humain, par Richer. (*Rev. scientif.* 29 octobre.)

Anémie. — Sur les conditions des échanges dans l'anémie artificielle, par Sciolla. (*Cong. de méd. ital.*, *Riforma med.*, 2 novembre.) — Des états anémiques graves, par Birch-Hirschfeld et Ehrlich. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 441 et 442, 2 mai.) — L'hématémèse chez les jeunes femmes anémiques, par Handford. (*Brit. med. J.*, 17 septembre.) — Le traitement antiseptique de l'anémie pernicieuse, par Gibson. (*Edinb. med. Journ.*, oct.) — Des troubles médullaires consécutifs à l'anémie pernicieuse, par Minnich. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 à 4.) — Transfusion de sang humain dans l'anémie pernicieuse, par Brakenridge. (*Ibid.*, nov.)

Anesthésie. — Discussion sur les récentes recherches physiologiques et chimiques sur l'anesthésie, par Buxton, etc., (*Brit. med. J.*, 29 oct.) — Indications et contre-indications de l'anesthésie obstétricale, par Duehrssen. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 349, 11 avril.) — Chloroformisation obstétricale, par Verrier. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 28 sept.) — De la chloroformisation à doses faibles et continues dans la position déclive sur le plan incliné à 45°, par Bolognesi. (*Arch. prov. de Chir.*, I, 5.) Du chloroforme dans l'anesthésie chirurgicale et sa purification, par Lespiau. (*Thèse de Toulouse.*) — L'anesthésie chloroformique, par Mc Callum. (*Med. News*, 24 septembre.) — L'administration du chloroforme, par Aitken. (*Edinb. med. J.*, septembre.) — Le chloroforme provoque-t-il les hémorragies post-partum? par Byers. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Produits de décomposition du chloroforme quand on pratique l'anesthésie dans un local éclairé par une flamme, par A. Eisenlohr et A. Fermi. (*Arch. f. Hyg.*, XIII, et *Hyg. Rundsch.*, II, 331.) — De la décomposition du chloroforme à la lumière du gaz et de l'influence des produits qui en dérivent sur l'anesthésie, par Leo Lichtenstein. (*Berichte der pharm. Gesellschaft.*, 1891 et *Hyg. Rundsch.*, II, 333.) — Observations sur le vo-

missement causé par la narcose chloroformique, par PASSET. (*München. med. Woch.*, p. 402, 7 juin.) — Masque à chloroforme, pour les opérations sur la face, par LUEDDECKENS. (*Ibid.*, 37, p. 653.) — De la responsabilité juridique du médecin dans l'emploi du chloroforme et des autres anesthésiques agissant par inhalation, par PASSET. (*Ibid.*, 32, p. 567.) — Etudes physiologiques et chimiques récentes sur l'anesthésie, par BUXTON. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — De l'anesthésie, en particulier du protoxyde d'azote dans la petite chirurgie, par RUMBOLL. (*Ibid.*) — De l'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique local en dermatothérapie, par EHRMANN. (*Wien. med. Wochenschr.*, 26.) — L'action du bromure d'éthyle, par THORNTON et MEIXELL. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Nouvelle base de coca comme anesthésique local, par CHADBOURNE. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — De l'anesthésie locale par la cocaïne dans l'énucléation du globe de l'œil, par ARMAIGNAC. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 février.) — Statistique d'anesthésies, par GURLT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — De l'anesthésie par le pental en chirurgie, par PHILIP. (*Ibid.*) — Un cas d'anesthésie cutanée générale avec états de sommeil provoqués, par GOLDSCHEIDER. (*Berlin. klin. Woschens.*, p. 465, 9 mai.)

Anévrisme. — Anévrisme de la pointe du cœur, par GOUGET. (*Soc. anat.*, Paris, 11 novembre.) — Un cas d'anévrisme de l'artère basilaire chez un garçon de 7 ans, par Wilibald OPPE. (*Munich.*) — De l'étiologie des anévrismes de l'aorte, par GILS. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.,* 2 oct.) — Anévrisme de l'aorte chez un enfant de 4 ans et demi, par MAC KEEN. (*Med. News*, 3 septembre.) — Anévrisme de l'aorte simulant un anévrisme de l'artère pulmonaire, par HUBER. (*Corresp.-Bl. f. schw. Ærzte,* 15 février.) — Asystolie par athérome cardio-artériel, œdème du poumon, ictus apoplectique, hémiplégie, pneumonie ; mort. Anévrisme de la crosse de l'aorte et oblitération de la carotide primitive gauche sans lésions de l'hémisphère correspondant. Foyer de ramollissement de la capsule interne droite, par LEBLOND. (*Arch. gén. de méd.,* septembre.) — Anévrisme de l'aorte, par RENDU. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte et de la sous-clavière droite naissant en arrière de la sous-clavière gauche et passant derrière l'œsophage, par DURANTE. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 534.) — Oblitération complète de la veine cave supérieure dans un cas d'anévrisme de l'aorte ascendante (3 poches anévrismales chez un homme de 36 ans ayant eu la syphilis à l'âge de 12 ans), par GOLDFLAM. (*La médecine moderne*, 30 juin, p. 416.) — Anévrismes diffus et ruptures de l'aorte, par CHÉRON. (*Union médicale*, 6 sept.) — Volumineux anévrisme de l'aorte thoracique, par ESHNER. (*Med. News*, 29 octobre.) — Anévrisme de l'aorte et diathèse urique, par RENDU. (*Ann. de méd.*, 9 novembre.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte. De la ligature temporaire de l'aorte thoracique, voie de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur, par VILLAR. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 juillet.) — Anévrisme aortique traité par l'électrolyse, par STEWART. (*Americ. J. of med. sc.*, oct.) — Du traitement chirurgical des anévrismes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte, par ACOSTA-ORTIZ. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Contribution à l'étude clinique des anévrismes de l'aorte au point de vue de leur traitement par la méthode romaine, par DE SABOÏA. (*Progrès médical,* 30 juillet.) — Persistance du canal de Botal ; anévrisme de l'artère pulmonaire chez une femme de 21 ans, par R. SACHS. (*Deutsche med. Woch.*, 19 mai, p. 446.) — Anévrisme diffus de l'aisselle consécutif à une fracture de l'humérus, ligature de la sous-clavière, hémorragie secondaire, pleurésie purulente, mort le 3e jour, par DESPRÈS. (*Gaz. des hôp.*, 13 septembre.) — Des anévrismes artério-veineux du membre inférieur,

par Termes. (*Thèse de Lyon.*) — Anévrisme poplité, ligature de l'iliaque interne, par Williams. (*N. York med. Journ.*, 20 août.) — Extirpation d'un anévrisme poplité, par Schmidt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Trois cas d'anévrisme spontané de l'artère poplitée, guéris par la méthode d'Anel, par G. Bernabeo. (*Riforma medica*, 10 mai.)

Angine. — L'angine granuleuse, par Gomez de la Mata. (*Archivos int. de rinologia*, III, 19.) — De l'angine prodromique de la pneumonie, par Tissier et Coursier. (*Ann. de méd.*, 14 septembre.) — Des différentes formes cliniques d'angines grippales et de leur caractère épidémique, par Dauchez. (*France méd.*, 29, p. 450.) — Quelques cas d'angine membraneuse, par Robinson. (*Americ. laryng. Assoc.*, 20 juin.) — Sur un streptocoque particulier trouvé dans les angines à fausses membranes, seul ou associé au bacille de la diphtérie, par Barbier. (*Arch. de méd. expér.* IV, 6.) — Note sur les angines pseudo-membraneuses à streptocoques, forme bénigne, par Barbier. (*Rev. mal. de l'ent.*, novembre.) — Microbes des angines blanches et, en particulier, de la diphtérie, par Barbier. (*Rev. gén. de Clin.*, 28, p. 433.) — Des phlegmons infectieux sous-linguaux, par Schwartz. (*Rev. gén. de Clin.*, 30, p. 465.) — Le traitement de l'angine de poitrine, par Huchard. (*Gaz. des hôp.*, 22 septembre.) — Les médications inutiles ou dangereuses dans l'angine de poitrine, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 39, p. 609.)

Angiome. — Angiokératome des mains, télangiectasie du nez chez un sujet atteint d'asphyxie locale des extrémités, par Thibierge. (*Soc. franç. de derm.*, novembre.)

Antisepsie. — Asepsie des voies respiratoires, par Delthil. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 21 septembre.) — Sur l'action antiseptique de l'acide formique, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 9.) — Quelques expériences destinées à éclaircir la question relative au pouvoir antiseptique des dérivés isomères du benzol et du métan, par Sundvik. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXIV, 9.) — Le sublimé comme germicide, par Mc Clintock. (*Med. News*, 8 octobre.) — L'oxyquinaseptol ou la diaphthérine, un nouvel antiseptique, par Emmerich. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 567, 6 juin.)

Anthropologie. — Valeur de la fossette occipitale moyenne en anthropologie, par Debierre. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — Sur les troubles trophiques des ongles, des cheveux et des dents, spéciaux aux cagots, par Lajard. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.)

Anus. — Les abcès aigus de la marge de l'anus, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre.) — De la suture des sphincters dans l'opération de la fistule anale, par Nicaise. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 9 octobre.) — Traitement de la fissure anale, par Adler. (*Med. News*, 15 octobre.) — Sur un nouveau procédé opératoire pour l'établissement de l'anus contre nature, par Chaput. (*Bull. méd.* 17 août et *Arch. gén. de méd.*, oct.) — Un nouveau procédé de colostomie transpariétale, par Audry. (*Arch. prov. de Chir.*, I, 4.) — Une observation d'anus vaginal de l'S iliaque, par Lauwers. (*Ann. de gyn.*, août.)

Aorte. — Sur un cas d'aortite, par Rendu. (*Ann. de méd.*, 31 août.) — Des aortites aiguës et de leur rôle dans les lésions chroniques de l'aorte, par Thérèse. (*Gaz. des hôp.*, 19 nov.)

Appareils. — Nouvelles communications sur l'aréo-saccharimètre, par Schutz. (*München. med. Woch,*, 35, p. 621.) — Nouvel appareil pour ponctions exploratrices et injections, par Krœnig. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 568, 5 juin.) — Les appareils pour inhaler les vapeurs de sel ammoniac, par Sigg. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Æerzte*, p. 219, 1er avril). — Nouvelle curette et sonde utérines, par Weiss. (*Americ. J. of Obst.*, septembre.)

Artère. — L'athérome artériel ; sa nature, ses causes et son diagnostic, par D. M'Chorie. (*Glasgow med. Journ.*, p. 94, août.) — Quelques mots sur l'artério-sclérose, par Crocq fils. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 octobre.) — Un cas de sclérose de l'artère pulmonaire, par Aust. (*München. med. Woch.*, 39, p. 689.) — Troubles nutritifs chez les artério-scléreux, leur traitement, indications que remplit l'eau d'Evian, par Chiais. (*Nouveau Montpellier médical*, 4, p. 498.) — De la récurrence radiale dans les maladies de l'appareil circulatoire artériel, par Duclos. (*Rev. gén. de clin.*, 45, p. 705.) — Le vertige de l'artério-sclérose, par Church. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Sur la circulation collatérale dans le cas de ligature de l'artère humérale, par Jaboulay. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er octobre.) — Ligature et résection simultanées de l'artère et de la veine fémorales audessus de l'origine de la fémorale profonde ; guérison, par Idzinski. (*Wien. med. Wochenschr.*, 14.) — Ligature des artères iliaques à travers le péritoine, par Banks. (*Brit. med. J.*, 26 novembre.)

Articulation. — Des pseudo-coxalgies, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 1er sept.) — Tumeur blanche fibro-plastique, arthrite tuberculeuse avec hyperplasie fibro-plastique et graisseuse de la synoviale, par Nicaise. (*Rev. de Chir.*, octobre.) — Injections d'iodoforme dans les arthrites tuberculeuses, par Darling. (*N. York med. Journ.*, 29 octobre.) — De la méthode d'Esmarch et de Bier pour le traitement des arthrites tuberculeuses, par Page. (*Lancet*, 19 novembre.) — Du traitement des plaies des grandes articulations, par Schwartz. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 374.) — Arthrite purulente du genou droit consécutive à une ostéite juxta-épiphysaire chez un enfant de deux ans et demi. Arthrotomie. Guérison, par Festal (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) — Arthrodèse tibio-tarsienne, par Phocas. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Résection ou arthrectomie du genou, par Miller. (*Edinb. med. Journ.*, décembre.) — Traitement de l'entorse tibio-tarsienne par le massage. (*Rev. gén. de Clin.*, 45, p. 712.) — Laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure et subluxation consécutive de la tête du cubitus en arrière, par Guépin. (*Tribune méd.*, 21 juillet.) — Traitement opératoire de certaines ankyloses du poignet, par Guermonprez. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.)

Asphyxie. — De l'action de l'asphyxie sur les vaisseaux cérébraux, par Cavazzani. (*Arch. per. le sc. med.*, XVI, 12 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — Applications du procédé de la langue au traitement de l'asphyxie par les gaz des égouts, par Laborde. (*Bull. acad. méd.*, 22 novembre.) — Le procédé des tractions de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés, par Laborde. (*Ibid.*, 29 novembre.)

Astigmatisme. — De l'astigmatisme consécutif aux lésions de la cornée, par Joly. (*Thèse de Lyon.*) — De l'astigmatisme cornéen, examen de 200 cas, par de Schweinitz. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — La rétinoscopie pour estimer le degré d'astigmatisme, par Lambert. (*N. York med. Journ.*, 27 août.)

Athétose. — Athétose, un cas, par Dawson. (*Med. News*, 22 octobre.)

Auscultation. — De l'auscultation intra-thoracique, par Richardson. (*Lancet*, 5 novembre.) — Peut-on employer le microphone pour perfectionner le stéthoscope ? par V. Lange. (*Deutsche med. Woch.*, 15.)

Autoplastie. — Autoplastie par la méthode italienne modifiée pour une rétraction cicatricielle des doigts. Restitution à peu complète des formes et en partie des fonctions, par Phocas. (*Revue d'orthopédie*, 1er septembre.)

Avortement. — Etiologie et traitement, par Wilson. (*Med. News*, 5 nov.) — De l'intervention dans les cas d'avortement lent, par Oui. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er octobre.) — Tentative d'avortement ; injection d'une solution de sel gris dans la vessie ; gangrène de la muqueuse, néphrite, par Bégouin. (*Ibid.*, 1er octobre.) — A propos du curage post-abortum, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 oct.)

B

Bactériologie. — Atlas microphotographique de bactériologie, par C. Fraenkel et R. Pfeiffer. (*Berlin.*) — Résumé d'une série de recherches sur la genèse des microorganismes, par O. Schrön. (*Giorn. Assoc. Napolit. di med.*, 2e année, p. 1, 205, 333.) — Méthode nouvelle de recherche bactériologique ; ses premières applications, par Salles. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mai.) — Habitats microbiens, contagion, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 5 nov.) — Immunité et fixation du poison, par Wassermann. (*Deutsche med. Woch.*, p. 369, 28 avril.) — Sur l'élimination des bactéries hors de l'organisme, par Pernice et Scagliasi. (*Riforma medica*, 29 avril.) — De l'immunité et de la résistance aux poisons bactériens, par Wassermann. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 470, 9 mai.) — Des rapports de divers poisons bactériens avec l'immunité et le caractère des maladies, par G. Klemperer. (*Ibid.*, p. 680, 4 juil.) — Sur le rôle de l'atténuation des microbes dans la pathogénie des lésions infectieuses chroniques, par Dor. (*Thèse de Lyon.*) — De la spontanéité dans les maladies microbiennes, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 16 nov.) — Aperçu sur le rôle des substances toxiques dans les phénomènes de l'organisme, par Charrin. (*Semaine méd.*, 19 oct.) — Milieux nutritifs albumineux stérilisés à froid, par Wollny. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, n° 24, p. 752.) — Le vert de malachite comme décolorant, par Kühne. (*Ibid.*, XI, 24, p. 756.) — Les microorganismes de la bouche, par Linsley. (*N. York med. record*, 16 juil.) — Vibrion avicide, par Wolkow. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 5.) — Sur une nouvelle maladie septique du lapin, par Lucet. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 8.) — Sur la matière colorante du micrococcus prodigiosus, par Griffiths. (*Acad. des sc.*, 8 août.) — Sur un caractère différentiel d'un streptocoque de la bouche, par Marot. (*Soc. de biol.*, 5 nov.) — Les toxines produites par les staphylococcus pyogenes aureus, par Kramer. (*Med. News*, 12 nov.) — Sur une espèce nouvelle de bactérie chromogène, le spirillum luteum, par Jumelle. (*Acad. des sc.*, 14 nov.) — Les variations de la thermogenèse dans la maladie pyocyanique, par Charrin et Langlois. (*Arch. de phys.*, IV, 4. — Sur l'association du streptocoque pyogène et du proteus vulgaris, paramétrite purulente dont le pus contenait ce proteus et un streptocoque ayant perdu sa violence et sa vitalité, par Doléris et Bourges.

(*Soc. de biol.*, 12 nov.) — Inoculation dans les veines du lapin, du bacille commun du côlon et du bacille typhoïdique, par G. ARTHUR BLACHSTEIN. (*The Johns Hopkins Hospit. Bullet.*, juillet 1891 et *Hyg. Rundsch.* II, 515.) — Nouveau bacille du beurre, par S. BOTKIN. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XI.)

Bâillement. — Rôle physiologique et applications thérapeutiques du bâillement, par NŒGELI. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin.)

Bain. — Sur un nouvel appareil à bains de vapeur, par BERTHE. (*Bull. de thér.*, 15 sept.) — Les bains et la natation dans les écoles primaires de la ville de Paris, par MANGENOT. (*Rev. d'hyg.*, juin et juil.) — Note sur l'installation des bains par aspersion au dispensaire du Ier arrondissement, à Paris, par HERBET. (*Ibid.*, XIV, 408, mai.) — Sur l'action du bain froid, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 11 sept.) — Traité de balnéothérapie, par R. HECHSIEZ. (*Berlin.*)

Bassin. — Le bassin au commencement du 5e mois de la grossesse, par WEBSTER. (*Rep. laborat. of college of phys. Edinburgh*, IV, p. 1.) — Recherches sur l'anatomie du bassin de la femme, par WEBSTER. (*Ibid.*, p. 13.) — Bassin rétréci, cure de Prochownick, tamponnement utérin de Dührssen, par EISENHART. (*München. med. Woch.*, 35, p. 622.) — Nouveau traitement du psoitis et des abcès pelviens par le drainage trans-iliaque, par LIBOUROUX. (*Arch. prov. de chir.*, I, 3.) — La trépanation du bassin dans les abcès iliaques, par G. CACCIOPPOLI. (*Il Progresso medico*, 10 mai.) Du traitement des suppurations pelviennes chroniques, de la résection utérine, par LANDAU. (*Cent. f. Gynaek.*, 3 sept.) — Traitement médical de la cellulite pelvienne aiguë, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, juil.) — Abcès pelvien, laparotomie suivie de fistule stercorale, guérison en quatre semaines, par CRAIG. (*Americ. J. of obst.*, août.)

Bec de lièvre. — Sur quelques particularités du manuel opératoire du bec de lièvre, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 16 août.)

Biliaire. — Sur la composition et l'écoulement de la bile, par PATON. (*Rep. from laborat. of college of phys. Edinburgh*, IV, p. 44.) — Contribution clinique à l'étude de l'action de la bile normale sur le péritoine, par G. NINNI. (*Riforma medica*, 12 mai, p. 388.) — Un cas de cirrhose biliaire hypertrophique, par A. CALABRESE. (*Ibid.*, 9 mai, p. 354.) — Contribution à l'étude des pseudo-calculs biliaires et des coliques hépatiques, par FÜRBRNGER. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 46.) — Lithiase biliaire, rupture d'un canal biliaire dilaté; formation d'un abcès sous diaphragmatique au niveau du lobe gauche du foie et de la rate, sans péritonite, par JUERGENS. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 566, 6 juin.). — Discussion à la réunion libre des chirurgiens berlinois sur le traitement de la lithiase biliaire et le mécanisme de production des parotidites secondaires des affections chirurgicales. (*Ibid.*, p. 565, 6 juin.) — Clinique de la lithiase biliaire, par R. NAUNYN. (*Leipsig.*) — Chirurgie des voies biliaires, par SPITZER. (*Therap. Monats.*, oct.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, par PARKER. (*N. York med. Journ.*, 39 juil.) — De l'obstruction congénitale des conduits biliaires, par THOMSON. (In-8°, *Edimbourg.*) — Cholécystotomie et cancer de l'ampoule de Water, par PRENGRUEBER. (*Bull. méd.*, 4 nov.) — Cancer de la vésicule biliaire avec souffle diastolique tricuspidien ; pas de lésion cardiaque à l'autopsie, par DE CERENVILLE. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 242, avril.) — Cancer de la vésicule biliaire, du duodenum et du côlon ascendant, abcès de la vésicule avec calculs

perforant le côlon ascendant, par Lindner. (*Berlin. klin Wochen.*, p. 564, 6 juin.) — Un cas de cancer primitif du canal cholédoque, par May. (*München. med. Woch.*, 33, p. 590.) — Un cas de cholécystotomie, par Merkel. (*Ibid.*, 37, p. 653.) — La cholédochotomie proprement dite, par Terrier. (*Rev. de chir.*, nov.)

Blennorragie. — Sur les cultures et le rôle pathogénétique du gonocoque, par Max Wolff et par Lewin. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 731, 18 juil.) — Cultures du gonocoque, par A. Risso. (*Riforma medica*, 24 mai.) — Un cas de blennorrée des nouveau-nés contractée in utero, par Feis. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 nov.) — De la métrite blennorragique et des métrorragies consécutives, par Chambelland. (*Thèse de Nancy.*) — Septicémie blennorragique, soi-disant rhumatisme, par Rugg. (*Lancet*, 1, oct.) — La pathogénie du rhumatisme blennorragique, par H. Stark. (*N. York med. record*, 20 août.) — Traitement abortif de la blennorragie, par Janet. (6e *Cong. franç. chir. et Bull, med.*, 15 mai.) — Traitement abortif de la blennorragie par les irrigations de sublimé, par Desnos et Aranda. (*Gaz. méd. Paris* 23 juil.) — Sur divers moyens directs et indirects de traitement de la blennorragie, par G. Cangiano. (*Morgagni*, mars, p. 191.) — Du traitement de la blennorragie, par Neisser. (*Vienne. med. Presse*, 2 oct.) — Traitement de la blennorragie aiguë dans les hospices de Paris, par Jacquet. (*Semaine méd.*, 30 nov.) — Traitement des cystites blennorragiques par les instillations de sublimé, par Loumeau. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er juil.)

Bouche. — Cancer de la bouche, de la langue et de l'œsophage, symtômes, diagnostic, traitement, par Jessett. (183 p. *Londres.*) — Comment reconnaître et traiter la stomatite impétigineuse, par Éloy. (*Rev. gén. de clin.*, 33, p. 513.)

Branchie. — Origines de la fistule congénitale médiane du cou, son homologie avec le pore branchial ou abdominal de l'amphioxus et des ascidies, par Rudolf Arndt. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 532, 30 mai.) — Extirpation d'un énorme kyste branchial du cou, par Berger. (*Bull. soc. de chir.* XVIII, p. 486.)

Bronche. — La bronchite primitive à forme infectieuse, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale; son traitement, par Éloy. (*Rev. gén. de clin.*, 28, p. 437.)

Brûlure. — Brûlures par l'électricité, par Nankivell. (*Brit. med. j.* 22 oct.) — Brûlures des yeux, par Dudley-Reynolds. (*J. of Americ. med. assoc.*. 28 mai, p. 672.) — Traitement des brûlures, par K. A. von Bardeleben. (*Deutsche med. Woch.*, 8 juin, p. 544.) — Traitement des brûlures dans l'enfance (par l'onguent au bismuth et à l'acide borique), par Wertheimer (*Münchener med. Woch.*, 31, p. 547.)

C

Cancer. — Parasitisme intra-cellulaire des néoplasies cancéreuses, par Soudakewitch. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 8) — Protozoaires et cancer, par Delépine. (*Brit. med. Journ.*, 24 sept.). — Notes histologiques sur le

cancer de la mamelle, par MORTON. (*Ibid.*) — Morphologie des tumeurs, par BAYER. (*Ibid.*) — La contagion du cancer, par GUELLIOT. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.). — De la contagion du cancer, par FABRE. (*Thèse de Lyon.*) — Le cancer, maladie infectieuse miasmatique, par HUE. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — L'éléidine dans les carcinomes perlés par Julius STEINHAUS. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXVIII, 3) — Sur la métastase d'un carcinome pulmonaire en un myome utérin interstitiel, par H. SCHAPER.) *Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIX, 1.) — Cancer de divers organes abdominaux et thoraciques et sarcome de l'ovaire chez la même personne, par CUTLER. (*Boston med. Journ.*, 6 oct.) — Traitement des tumeurs malignes inopérables par l'huile au sublimé, par LEES. (*Lancet*, 15 oct.)

Cellules. — Certains aspects de l'action cellulaire, par J. CLELAND. (*Glasgow med. Journ.*, p. 241, avril.) — Sur la phagocytose, par C. MARTINOTTI. (16e *Cong. de l'Assoc. méd. Ital. Sienne*, 16 août 1891.) — Sur la fragmentation nucléaire suivie de la division de la cellule, par L. BUSCALIONI. (*Giorn. R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 326.)

Cerveau. — Le cerveau chinois, par DERCUM. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — Les phénomènes psychiques et la température du cerveau, par MOSSO. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Relation entre la température inguinale et la température rectale chez le lapin, à l'état normal et après la destruction de la couche corticale du cerveau, par W. HALE WHITE et J.-B. WASHBOURN. (*The Journ. of Physiol.*, XII, p. 270.) — Un cas de nanocéphalie (sorte de microcéphalie harmonique et intelligente), par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 517, 23 mai.) — Sur la structure de la moelle et du bulbe d'un microcéphale, par KOSSOWITSCH. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXVIII, 3.) — De l'hyperesthésie optique cérébrale, par FREUND. (*Neurol. Centralb.*, 1er sept.) — Pathologie des arrêts de développement du cerveau, par SACHS. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Lésions secondaires du cerveau dans un cas de poreucéphalié, par VON MONAKOW. (*Corresp. Blatt. f. sch. Aerzte*, p. 253, 15 avril.) — Un cas d'aphasie, par OST. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzt.*, p. 249, 15 avril.) — Hydrocéphalie chronique sine materia, début à l'âge de 15 ans, par CHOUPIN. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Altération en foyer du cerveau et moyens curatifs, par BIANCHI et VIZIOLI. (*Cong. de méd. ital.; Riforma med.*, 28 et 29 oct.) — Anatomie pathologique de l'encéphalite aiguë, par GOODALL. (*Brit med. J.*, 22 oct.) — Affections des muscles et des articulations dans les hémiplégies cérébrales, par DARKSCHEWITSCH. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 2.) — Ramollissement cérébral d'origine ischémique, par DEVAY. (*Lyon méd.*, 21 août.) — Sclérose cérébrale, porencéphalie, atrophie cérébrale, par RAUZIER. (*Montpel. méd.*, 39, p. 762.) — Thrombose des sinus, par HANSBERG. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Diplopie monoculaire dans un cas de tubercule des pédoncules cérébraux, par BOUVERET et CHAPOTOT. (*Rev. de méd.*, sept.) — Tumeur cérébrale comprimant la moitié droite de l'isthme de l'encéphale et ayant déterminé une amaurose double et une paralysie bilatérale et symétrique des quatre membres sans troubles sensitifs, par DURANTE. (*Soc. anat. Paris*, juil., p. 592.) — Des tumeurs kystiques dans la région du ventricule cérébral moyen, par F. LANGER. (*Zeitschr. f. Heilk.* XIII 1, p. 57.) — Tubercule solitaire de la substance blanche du cerveau correspondant à la zone motrice sans phénomènes paralytiques, L. SANSONI. (*Riforma medica*, 14 juil.) — Volumineuse tumeur intracranienne, 5 onces, comprimant le lobe frontal gauche, par MORRISON. (*Med. News*, 29 oct.) — Tumeur du pont de Varole, ponction des ventricules latéraux pour diminuer la pression intra-cranienne, par DILLER.

(*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Cinq cas de lésions intra craniennes avec troubles visuels, par STEDMANN BULL. (*N. York med. journ.*, 8 octobre.) — Abcès multiples du cerveau, par PARSONS. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 186, mars.) — Les causes de mort dans les traumatismes cérébraux, par SEYDEL. (*Deutsche med. Woch.* 16 juin.) — Abcès cérébral traumatique, trépanation, mort, par EVANS. (*Brit. med. j.*, 15 octobre.) — Mécanisme des traumatismes cérébraux, par MILES. (*Rep. from. laborat. of college phys. Edinburgh*, IV, p. 90.) — Effets des coups sur les différentes parties du crâne, par MILES. (*Ibid.*, p. 127.) — Pathologie microscopique du traumatisme cérébral, par MILES. (*Ibid.*, p. 170.) — Trépanation pour accidents cérébraux, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 1er août.) Contribution à la chirurgie cérébrale. (Trépanation pour sarcome de l'extrémité postérieure du lobe frontal droit), par Eduard HITZIG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 713, 18 juillet.)

Cervelet. — Atrophie du cervelet chez un chat, par KROHN. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Etude physiologique du cervelet, section médiane antéro-postérieure du vermis, par GALLERANI et BORGHERINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.) — Note critique de Luciani et réponse de Gallerani. (*Ibid.*) — Observation anatomo-pathologique d'un cas de sclérose systématique des commissures transversales du cervelet et des formations bulbaires et protubérantielles qui en dépendent; lésions périphériques du cervelet, par ROYET. (*Lyon médical*, 13 novembre.) — Ossification de la faux du cerveau, hémorragie du cervelet, par PARET. (*Lyon méd.*, 2 octobre.) — Ataxie cérébelleuse avec amblyopie du champ visuel à la suite d'une blessure de la tête, par F. MORITZ. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 472.) — Kystes séreux du cervelet par WILLIAMSON. (*Americ. j. of. med. sc.*, août.)

Césarienne (Op.). — De l'opération césarienne, par v. VELITS (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — Trois cas d'opération césarienne, par DE OTT. (*Ann. de gynéc.*. septembre.) — Opération césarienne, par TRÉPONT. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — L'opération césarienne, le moment de l'opération, par COE. (*Americ. gyn. Soc.*, 20 septembre.) — Opération césarienne, par CAMÉRON. (*Cong. de gyn.*, *Bruxelles* et *Bull. méd.*, 28 septembre.) — Deux observations d'opération de Porro. Un cas de déchirure de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, traité par l'hystérectomie abdominale, par LAUWERS. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 6, p. 559.) — Opération césarienne, succès, par INGALLS. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Opération de Porro, guérison, par CARSTENS. (*Ibid.*, septembre.)

Chancre. — Chancrelles multiples, fièvre hectique, traitement par l'eau chaude, par LEGRAIN. (*Ann. de dermat.*, III, 8.) — Deux mots sur le chancre simple et son bubon, par L. JULLIEN. (*Morgagni*, mars.) — Le dermatol et l'europhène dans le traitement des chancres mous, par S. PARENAHO et A. BURTZEFF. (*Meditzinskïa Pribavlenia*, 3, p. 211.)

Charbon. — Influence de quelques gaz délétères sur la marche de l'infection charbonneuse, par CHARRIN et ROGER. (*Acad. des sc.*, 12 septembre.) — Influence du système nerveux sur l'évolution de l'infection charbonneuse, par FRENKEL. (*Lyon méd.*, 11 septembre.) — Recherches sur le charbon et la péripneumonie bovine faites en Australie par LOIR. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 6.) — Résistance vitale du bacille du charbon dans l'eau, dans la terre et à la putréfaction, par S. SIRENA. (*Riforma medica*, 20 septembre.) — Sur l'atténuation de la virulence du bacille du charbon

et sur le moyen de la rétablir, par N. Pane. (*Rivista clinica e terap.*, 6, p. 332.) — Régénération expérimentale de la propriété sporogène chez le bacillus anthracis qui en a été préalablement destitué par la chaleur, par Phisalix. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Sur les albuminoses et les toxalbumines sécrétés par le bacille charbonneux, par Hankin et Wesbrook. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 9.) — Section des nerfs et infection charbonneuse, par Frenkel. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 5.)

Chirurgie. — Compendium de chirurgie générale, par de Ruyter et Kirchhoff. (*Berlin.*) — La direction scientifique moderne en chirurgie, par Ceccherelli. (*I Morgagni*, août.) — De la chirurgie réparatrice, par Th. Gluck. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 611, juin.) — Des coïncidences en chirurgie, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 37, p. 577.) — Les résultats inespérés de certaines interventions chirurgicales, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 11 octobre.)

Chlorose. — Pathogénie de la chlorose, par Alivia. (*Cong. de méd. ital.*; *Riforma med.*, 2 novembre.) — Dyspepsies de la chlorose, par Potain. (*Ann. de méd.*, 26 octobre.) — Thrombose du sinus longitudinal supérieur entraînée chez une chlorotique par un avortement, par Audry. (*Lyon méd.*, 20 novembre.)

Choléra. — Sur une nouvelle fonction chimique du bacille virgule du choléra asiatique, par Ferran. (*Acad. des Sc.*, 22 août.) — Revue des plus importantes particularités du bacille virgule du choléra, par Abbott. (*Med. News*, 5 novembre.) — Les vibrions du choléra dans l'eau des fontaines, par Biernaki. (*Deutsche med. Woch.*, 42.) — L'agent infectieux du choléra est-il transmis par l'eau potable, par Schepotiew. (*Vratch*, 2 juillet.) — Les mouches et la propagation du choléra, par Simmonds. (*Deutsche med. Woch.*, octobre.) — Lieux d'origine ou d'émergence des grandes épidémies cholériques et particulièrement de la pandémie de 1846-49, par Tholozan. (*Acad. des Sc.*, 26 septembre.) — La route suivie par le choléra en 1892, par Williams. (*Brit. med. j.*, 17 septembre.) — Marche de l'épidémie cholérique actuelle en Russie et des mesures prises pour la combattre, par Dekterew. (*Cong. assoc. franç. Bull. méd.*, 5 octobre.) — Le choléra asiatique, par Schnirer. (*Wiener med. Presse*, 31 juillet.) — Le choléra parisien et suburbain de 1892, par Barbier. (*Gaz. méd. Paris*, 1er octobre.) — Nature du choléra actuel en France, par Mignot. (*Bull Acad. méd.*, 12 septembre; *Bull. méd.*, 13 septembre.) Le choléra à Paris, par Peter. (*Bull. Acad. méd.*, 20 septembre.) — Le choléra au Havre, par Gibert. (*Bull. Acad. méd.*, 27 septembre, et *Bull. méd.*, 28 septembre.) — Marche de l'épidémie cholérique de 1892 et réflexions sur le traitement, par J. Moore. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 210, septembre.) — Nouvelles recherches sur le choléra asiatique, par Gruber. (*Wiener med. Presse*, 16 octobre.) — Le choléra et la désinfection à Saint-Pétersbourg, par Clemow. (*Lancet*, 19 novembre.) — Le choléra à Buda-Pest, par Bisch. (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre.) — Considérations sur le choléra nostras et le choléra indien, par Abadie. (*Union médicale*, 2 août.) Le choléra nostras à l'hôpital de Saint-Denis, par Dupuy. (*Progrès méd.*, 6 août.) — Étude du choléra en Allemagne, par Russell. (*Edind. med. journ.*, décembre.) — Observations sur le choléra, par Mac Collom. (*Boston med. journ.*, 22 septembre.) — Un nouveau cas de choléra nostras, paraissant dû au bacterium coli, par Cuffer et Gouget. (*La médecine mod.*, 14 juillet.) — Choléra nostras, par Bataille. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Le choléra, ses causes, moyen de s'en préserver, par Daremberg.

(In-16, 195 p. *Paris.*) — Le choléra, origine, nature et prophylaxie, par Otto Riedel. (*Berlin.*) — A propos du choléra, par Netter. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juillet.) — Note sur les épidémies de choléra asiatique, par Ali. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 16 novembre.) — Le choléra à New-York et la quarantaine, par Armstrong. (*N. York med. Journ.*, 3 septembre.)— Constatation de décès chez les cholériques, par Netter. (*Rev. méd. de l'Est.*, 15 août.) — Un cas de choléra à Liverpool, par Hime. (*Brit. med. J.*, 1er octobre.) — Diagnostic bactériologique du choléra, par R. Pfeiffer. (*Deuts. med. Woch.*, 36).) — Le choléra à Hambourg, par Eugen Frænkel. (*Ibid.*, 36.) —Les cas de choléra à Berlin, par P. Guttmann. (*Ibid.*, 4.) — Le choléra il y a 40 ans, par Schrader. (*Ibid*,, 4.) Le choléra à Altona, par Wallichs. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Le diagnostic du choléra asiatique, par Eug. Frænkel. (*Ibid.*, p. 880, 39.) — Du choléra chez les chiens, pas Gamaleia. (*Soc. de' biol.*, 30 juillet.) — Du choléra chez la femme, par Tipjacoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 octobre.) — Examen de 78 cas cholériques, par Girode. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — Action du bacille virgule sur le foie et le pancréas, par Girode. (*Ibid.*) — L'ictère et les altérations des voies biliaires dans le choléra, par Galliard. (*Semaine méd.*, 12 octobre.) — Une complication rare du choléra, l'emphysème sous-cutané, par Galliard. (*Semaine. méd.*, 21 sept.) — Sur 4 cas de choléra, par Rénon. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 9.) — Choléra et grossesse, par Galliard. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 1er octobre.) — De l'immunité contre le choléra conférée par le lait, par Ketscher. (*Soc. de biol.*, 29 octobre et *Acad. des Sc.*, 31 octobre.) — Les vaccinations contre le choléra et la méthode du Dr Ferran, par Aviragnet. (*Bull. méd.*, 16 octobre.) — A propos de la communication de Haffkine sur le choléra asiatique, par Ferran. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — Etat des globules du sang chez un homme qui a été soumis à la vaccination cholérique, par Watkins. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Observation sur des cobayes immunisés par des vaccins anticholériques vivants, par Jawein. (*Ann. Inst. Pasteur.*, VI, 10.) — Remarques sur la méthode d'Haffkine d'inoculation protectrice contre le choléra, par Hankin. (*Brit. med. J.*, 10 septembre.)— Règlement anglais du 28 août 1890 sur la prophylaxie du choléra importé par eau. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 452, mai.) — Mesures prophylactiques contre le choléra, par Abbott. (*Med. News*, 10 septembre.) — Prévention et traitement du choléra, par Curtin. (*Ibid.*) — Migration du choléra, par Hartshorne. (*Ibid.*)— Diagnostic et traitement du choléra, par Osler. (*Ibid.*) — Mesures prophylactiques individuelles contre le choléra, par Shakespeare. (*Ibid.*, 17 sept.) — Les moyens de prévenir l'épidémie de choléra, par Lee. (*Ibid.*) — Idem, par Stewart. (*Ibid.*) — Anatomie pathologique et diagnostic du choléra, par Tyson. (*Ibid.*) — Combien de temps un vaisseau infecté de choléra doit-il être tenu en quarantaine, par Carroll. (*N. York. med J.*, 24 septembre.) — Traitement du choléra par Hayem. (*Ann. de méd.*, 23 novembre.) — Traitement du choléra dans les diverses épidémies qui ont envahi la France, par Marfan. (*Gaz. des hôp.*, 25 octobre.) — Traitement du choléra, par Johnson. (*Lancet*, 22 octobre.) — Pathologie et traitement du choléra, par Sansom. (*Practitioner*, oct. et nov.) — Traitement du choléra par le salol, par Hehir. (*Ibid.*) — Le traitement du choléra par Hare. (*N. York med. journ.*, 29 octobre.) — Le traitement du choléra asiatique par les injections sous-cutanées de l'émulsion testiculaire, par Ouspenski. (*Soc. de biol.*, 12 novembre.) — Prophylaxie du choléra, par R. Kohn. (*Deutsch. med. Woch.*, 40.) — Le traitement du choléra dans les hôpitaux parisiens, par R. Kutner. (*Ibid.*, 35.) — Simple désinfection dans le choléra, par Borntrœger. (*Ibid.*; 40.) — L'iodoforme dans le choléra, par Neisser. (*Ibid.*, 40.) — Les injections dans la vessie chez les

cholériques, par Mettenheimer. (*Ibid*,, 40.) — La transfusion sous-cutanée dans le choléra, par H. Neumann. (*Ibid.*, 35.) — La transfusion sous-cutanée et intra-veineuse dans le choléra, par R. Kutner. (*Ibid.* 35.) — Traitement du choléra, par Hugo Schulz. (*Ibid.*, 36.) — *Idem*, par Barth. (*Ibid.*, 36.) — Le régime en temps de choléra, par Ziem. (*Ibid.*) — Traitement du choléra par le calomel, par Strahler. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Traitement du choléra, par Volovski. (*Vratch*, 31.) — Le traitement du choléra infantile en 1892, par Gillet. (*Rev. gén. de Clin.*, 30, p. 471.) — Le traitement du choléra, par Éloy. (*Ibid.*, 38, p. 599.) — Ce qui a été fait à Boston pour prévenir l'introduction et la dissémination du choléra, par Durgin. (*Boston med. journ.*, 29 septembre.) — Fausse route de la thérapeutique du choléra, par Stroné. (*Wiener med. Presse*, 9 octobre.) — Prophylaxie et thérapeutique du choléra asiatique, par Kahler. (*Ibid.*, 7 avril.) — Traitement du choléra asiatique, par le chloroforme composé, par Desprez. (*Bull. Acad. méd.* 12 sept. et *Bull. méd.*, 13 sept.) — De l'acide citrique comme moyen de stérilisation de l'eau, pendant les épidémies de choléra, par de Christmas. (*Méd. mod.*, septembre, p. 577 et *Mercredi méd.*, 12 octobre.) — Tanin dans le choléra, par Alexinsky. (*Vratch*, 34.) Salol dans le choléra, par Mittopolsky. (*Ibid.*, 34.) — Oxygène et bains chauds dans le choléra, par Triviis. (*Ibid.*, 34.) — Injections de quinine dans le choléra, par Niedzwiecki. (*Ibid.*, 33.) — Atropine contre le choléra, par Korolschuck. (*Ibid.*, 34.) — Fumigations soufrées dans le choléra, par Raymond. (*N. York med. journ.*, 24 septembre.)

Chorée. — Cas de chorée héréditaire, par Menzies. (*Journ. of mental. sc.*, octobre.) — Considérations sur la chorée héréditaire, par Phelps. (*Journ. of nerv. dis.*, octobre.) — Rapports saisonniers de la chorée et du rhumatisme, obs. de 15 années, par Lewis. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Chorée grave chez une enfant de 12 ans. Guérison par la suggestion à l'état de veille, par Gibert. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Les chorées, par Martin. (*Union méd.*, 16 juillet.) — Sur la coexistence de la chorée et d'autres phénomènes spasmodiques, par Fry. (*Journ. of nerv. dis.* sept.) — De la chorée de Sydenham, nature et traitement par l'antipyrine, par Colat. (*Thèse de Toulouse.*)

Choroïde. — Deux cas de choroïdite suppurative à marche lente, de cause non traumatique, par du Gourlay. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Décollement traumatique de la choroïde, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux.*, 10 juillet.)

Circulation. — Le pouls lent permanent, par Leflaive. (*Bulletin médical*, 4 septembre.)

Climat. — Le climat d'El Paro, par Alexander. (*N. York med. journ.*, 12 novembre.) — Action du climat du Japon sur l'organisme de l'Européen, par Michaut. (*Bull. de thérap.*, 30 octobre.) — Leysin-sur-Aigle, station climatérique d'hiver, par Staedler. (*Therap. Monasts.*, août.)

Cœur. — Étude du développement du cœur, par Gibson et Gillespie. (*Edinb. med journ.*, novembre.) — Anatomie comparée des valvules sigmoïdes du cœur, par Gilbert et Roger. (*Arch. gén. de méd.*, décembre,) Action des valvules cardiaques, par Paton. (*Rep. from laborat. of college of phys. Edinburgh.*, IV, p. 36.) — Sur la nature de la contraction cardiaque, par Meyer. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Influence de la suggestion sur la fonction cardiaque d'après les recherches de Sgobbo, par Gley.

(*Ibid.*) — Le mouvement du cœur étudié par la chronophotographie, par Marey. (*Acad. des Sc.*, 10 octobre.) — Cardiographe horizontal pour le cœur de la grenouille avec les nouvelles modifications introduites d'après Vibert, par Verdin. (*Soc. de biol.*, 19 novembre.) — Cardiovolume, pression péricardique et activité de la diastole, par Stefani. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — La nutrition du cœur dans ses rapports avec le travail accompli par cet organe, par Zuntz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 366, 11 avril.) — Du travail du cœur gauche, par Kauders. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — De l'étiologie des affections cardiaques chroniques, par Schott. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 70.) — Le diagnostic des maladies du cœur et de l'aorte thoracique, par Sansom. (*Londres.*) — Analyse de 50 cas d'affection valvulaire du cœur, par Lindsay. (*Lancet*, 24 septembre.) — Les hyperémies cardiaques, hyperémies actives ou névropathiques, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 6 novembre.) — Etude sur les maladies de l'orifice pulmonaire, par Leuch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — De l'hypertrophie du ventricule gauche dans le rétrécissement mitral, par Guiffre. (*Cong. de méd. ital.; Semaine méd.*, 12 novembre.) — De la dualité du cœur, par Duroziez. (*Union méd.*, 25 avril.) — Obs. de rétrécissement mitral, tricuspide et aortique, par Drummond. (*Lancet*, 10 sept.) — Rétrécissement pulmonaire et tuberculose, par Potain. (*Union méd.* 2 août.) — Coexistence de lésions cardiaques anciennes et de tuberculose pulmonaire aiguë, par Lannois. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Considérations sur un cas de sténose aortique guérie, par Borgherini. (*Arch. ital. di clin. med.*, 1, p. 126.) — Un cas de cardiopathie à lésions complexes, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 29 septembre.) — Diagnostic et évolution du rétrécissement mitral, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 15 septembre.) — De la pathogénie de la mort subite et de l'angine de poitrine dans l'insuffisance aortique, par Demirleau. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — Sur un cas de rétrécissement mitral, par Potain. (*Semaine méd.*, 7 septembre.) — Du choc précordial et de la courbe du pouls, par Schmid. (*Wien. med. Woch.*, 15.) — Contribution à l'étude des phénomènes veineux dans les affections de la valvule tricuspide, par Kovacs. (*Zeit. f. Heilkunde*, XIII, 1, p. 1.) Des attitudes du corps et principalement de l'attitude relevée pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur, par Azoulay. (*Gaz. des hôp.*, 5 novembre.) — Dyspepsie et maladies du cœur, par Potain. (*Bull. méd.*, 19 octobre.) — Bruits mitraux mi et post systoliques, par Griffith. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — La tachycardie paroxystique essentielle, par Leflaive. (*Bull. méd.*, 11 septembre.) — Matériaux pour servir au diagnostic différentiel de certaines formes de lésions cardiaques combinées, par Maximovitsch. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 377.) — De la symphyse cardiaque, par Barié. (*Rev. gén. de Clin.*, 42, p. 657.) — Myocardite scléreuse interstitielle et congestion pulmonaire, par Rendu. (*Ann. de méd.*, 28 septembre.) — Varices avec concrétion dans l'oreillette droite, par W. Rindfleisch. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIX, 1.) — Infarctus du cœur, par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 juillet.) — Caillot fibrineux remplissant le ventricule gauche; embolie de l'artère sylvienne droite et hémiplégie gauche, tuberculose pulmonaire, par Collinet. (*Soc. anat. Paris*, 21 octobre.) — Tuberculose du muscle cardiaque, par Pollak. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — Un cas d'endocardite végétante, par Cobb. (*Boston med. journ.*, 22 septembre.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse avec rupture d'une valvule aortique; autopsie, par Ingraham. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Deux cas d'endocardites septiques par Blodgett. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Deux cas d'endocardites ulcéreuses avec autopsie, par Mason. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Deux cas d'endocardite maligne, par Shattuck. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Endocardite végétante, par Leclerc.

(*Lyon méd.*, 18 septembre.) — A propos d'un cas d'endocardite primitive de la valvule tricuspide, par Leclerc et Collet. (*Lyon méd.*, 6 nov.) — Endocardite végétante, embolie de l'artère humérale, par Jourdan. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 octobre.) — Péricardite purulente, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 13 novembre.) — Compression du poumon dans la péricardite avec épanchement, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord*, 15, p. 355 et *Médecine mod.*, 16 juin.) — Absence du ventricule gauche chez un nouveau-né, par Juergens. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 juin.) — Malformation du cœur, par Williams. (*Med. News*, 8 octobre,) — Rupture du cœur, mort subite, par Halipré. (*Soc. anat. Paris*, 4 novembre.) — Comment il faut prescrire le régime lacté dans la dyspnée toxique des cardiopathies artérielles, par Huchard. (*Rev. gén. de Clin.*, 32, p. 497.) — Les toniques cardiaques, par Broadbent. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.) — Traitement diététique des maladies du cœur, par Hirschfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.) — Traitement et curabilité des cardiopathies artérielles, cardiosclérose, par Huchard. (*Bull. de thérap.*, 15 août.) — Le rythme couplé du cœur et la mort par la digitale, par Huchard. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juillet.) — De l'action spéciale de la teinture de coronille bigarrée contre les accidents dyspeptiques et vertigineux réflexes des maladies du cœur et de sa vertu antisudorifique, par Poulet. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Conjonctif (Tissu). — Les fibres du tissu rétiforme, par R. A. Young. (*The Journ. of Physiol.*, XIII, p. 332.)

Conjonctive. — Sur l'examen microscopique de la circulation dans les vaisseaux de la conjonctive humaine, par P. Baiardi. (*Giorn. R. Acad. di med. di Torino*, juillet, p. 587.) — Hypertrophie (repli) circulaire de la conjonctive chez le nègre, par Michel. (*Med. news*, 22 octobre.) — L'anatomie pathologique de la kératite à filaments, par Hess. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 9.) — Des ulcérations conjonctivales folliculaires de la transplantation épithéliale naturelle et de la formation de glandes dans le trachome, par Raehlmann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Etude sur la conjonctivite granuleuse en Algérie particulièrement au point de vue du traitement chirurgical, par Viger. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Conjonctivite diphtéritique, examen de la fausse membrane, par Woods. (*Med. news.*, 20 août.) — Du traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, par Abadie. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Traitement du trachome, par Strangways. (*Opht. Record*, avril.) — Traitement du trachome, par Hippel. (*Deutsche med. Woch.*, 19 mai, p. 459.)

Coqueluche. — Emphysème sous-cutané dans la coqueluche, par Norman. (*Brit. med. journ.*, 12 novembre.) — Traitement de la coqueluche par la créosote, par Lerefait. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Du traitement de la coqueluche en général, d'après 240 cas traités à la clinique des enfants, par Thibaudier. (*Thèse de Lyon.*)

Cornée. — Discussion de la Société des médecins de Zurich sur le mécanisme des altérations de la cornée après section du trijumeau. (*Corresp. Blatt. f. schweize Aerzt.*, II, p. 350, 1er juin.) — Des ulcères lacrymaux de la cornée, par Magnol. (*Nouveau Montpellier méd.*, 4, p. 465.)

Corps étrangers. — Mort subite par pénétration d'aliments dans le larynx, par Biggs. (*N. York path. Soc.*, 26 octobre.) — Deux cas de corps étrangers des voies aériennes, par Rundle. (*Southern branch. of brit. med. Assoc.*, 17 novembre.) — Deux cas de corps étranger du poumon, par

Midelton. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.) — Inclusion d'une paillette métallique dans l'iris, par Ferron. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Enkystement d'un morceau d'une capsule à percussion dans l'œil présentant une acuité visuelle parfaite, par Gonzenback. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juin.) — Des corps étrangers du cerveau, par Fauchon-Villeplée. (*Thèse de Paris*, 16 novembre.) — Extirpation d'un bouton de soulier du nez, enfant de 22 mois, anesthésie au chloroforme pendant le sommeil, par Northrup. (*N. York path. Soc.*, 26 octobre.) — Extirpation d'un fragment de plomb de l'oreille au moyen du mercure métallique, par Barrett. (*Lancet*, 15 octobre.) — Corps étranger de l'oreille, par Ménière. (*Arch. int. de laryng.*, V, 4.) — Du danger des manœuvres faites en vue d'extraire les corps étrangers de l'oreille, par Luc. (*Rev. gén. de Clin.*, 11, p. 162.) — Deux obs. de corps étrangers de l'œsophage, par Hicguet. (*La Polyclin. Bruxelles*, 3.) — Corps étranger de l'œsophage extrait par l'œsophagotomie externe. Guérison, par Duffau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 nov.) — Asphyxie mortelle chez un enfant par un corps étranger de l'œsophage, par Mc Ilraith. (*Lancet*, 10 septembre.) — Longue épingle de toilette avalée par mégarde, rejetée dans les fèces quatre jours plus tard, par Eshner. (*Med. News*, 22 octobre.)

Cou. — Phlegmon sushyoïdien, migration du pus dans le médiastin, trépanation du sternum, guérison, par Linon. Rapport de Nélaton. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 489 et 505.)

Crâne. — Sur quelques anomalies rares de l'os occipital chez l'homme, par E. Ardu. (*Giorn. R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 408.) — Plaie de tête, hémiplégie, dilatation pupillaire, par Page. (*Lancet*, 20 août.) — Fracture de la base du crâne sans lésion du cerveau, par Mothersole. (*Lancet*, 24 septembre.) — Fracture du crâne avec lésions encéphaliques du côté opposé seulement, par Empereur; *Idem*, par Maurice Laugier. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Trois cas de fracture comminutive du crâne, par Rogers. (*Med. News*, 22 octobre.) — Fracture avec enfoncement du pariétal droit, paralysie, amyotrophie et anesthésie du membre supérieur gauche. Trépanation faite 8 ans après l'accident, guérison, par Février. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 590.) — Deux obs. de trépanation suivie de guérison, par Chavasse. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Extirpation d'un cancer cutané perforant le crâne chez un garçon de 14 ans, par Braun. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Un cas de craniectomie pour microcéphalie, par Estor. (*Nouveau Montpellier méd.*, 23, p. 446.)

Criminel. — De l'influence des professions sur la criminalité, par Coutagne. (*Arch. anthrop. crimin.*, juillet.) — Examen de 50 crânes de criminels, par Roncoroni et Ardu. (*Giorn. R. Accad. di medic. Torino*, février, p. 241.) — Cent autopsies de criminels, par Ottolenghi et Roncoroni. (*Ibid.*, février, p. 215.) — Sur quelques anomalies du squelette chez les criminels, par M. Carrara. (*Ibid.*, juillet, p. 549.) — Absence d'occlusion du canal sacré chez les criminels, par C. Lombroso et Monguidi. (*Ibid.*, août, p. 771.) — Les maladies de la volonté chez les criminels, par Laurent. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — Une famille de criminels, note pour servir à l'histoire de l'hérédité, par Aubry. (*Ibid.*)

Cristallin. — Anatomie du cristallin, par Barabaschew. (*Arch. f. Opht.*, XXXVIII, 3.) — Un cas de lenticonus postérieur, par Gullstrand. (*Nord. opht. Tidjsckrift*, V, 1.) — Cataracte zonulaire, par Heinzel. (*Beit. zur Augenh.*, juin.) — Cataracte pigmentaire diabétique, par Perles. (*Cent. f.*

prakt. Augenh., juin.) — De la conduite à observer dans les cataractes envahies par le glaucome, par Santos Fernandez. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Cinquante cas d'opération de cataracte sans iridectomie, par Pomeroy. (*N. York med. journ.*, 12 novembre.) — L'opération de la cataracte de nos jours, par Landolt. (*Arch. d'opht.* juillet.) — Technique simplifiée de l'opération de la cataracte, par Dehenne. (*Rev. gén. de Clin.*, 25, p. 391.) — Remarques au sujet de l'état actuel de l'extraction de la cataracte, par Pflueger. (*Klin. Monat. f. Augen.*, mai.) — Procédé nouveau pour l'aspiration en un seul temps des cataractes liquides et demi molles, description d'une aiguille kératotome creuse, par Audibert. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Des hémorragies consécutives à l'extraction de la cataracte, par Abadie. (*Thèse de Lyon.*) — Kystes de l'iris consécutifs à une extraction de cataracte, par Chevallereau. (*France méd.*, 21 octobre.) — Luxation spontanée de cristallins cataractés, par Chisolm. (*Americ. j. of opht.*, avril.) — A propos d'un cas de luxation spontanée des deux cristallins, par Deschamps. (*Ann. d'ocul.*, novembre.)

Cysticerque. — Cas de cysticerque du corps vitré, par Fick. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Extraction de deux cysticerques contenus dans le même œil, par Grœfe. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, septembre.) — Cysticerque du cerveau, par Matignon. (*Journ. méd. Bordeaux.*, 10 juillet.)

D

Dent. — Exposé des connaissances actuelles sur la carie dentaire, par A. Baker. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 200, sept.) — Les infections générales d'origine dentaire, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 18 oct.) — Du sigmatisme et de ses relations avec les défectuosités dentaires, par H. Gutzmann. (*Deutsche med. Woch.*, 2 juin, p. 499.) — Abcès alvéolaire, pyohémie, excision des veines thrombosées, mort, par Lane. (*Lancet*, 5 nov.) — Du traitement de certains abcès aigus d'origine dentaire, par trépanation de la dent au collet, par Pollosson. (*Arch. prov. de Chir.*, I, 5.) — Des accidents de dentition, par Pamard. (*Bull. Acad. méd.*, 9 août.) — Des accidents de dentition, par Kassowitz. (*Wiener med. Presse*, 9 oct.) — Choroïdite et lésion dentaire, par Sous. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 20 nov.) — De l'hémorragie consécutive à l'extraction des dents, par Marchandé. (*Rev. gén. de clin.*, 25, p. 391.) — Traitement des fistules d'origine dentaire, par Tellier. (*Thèse de Paris*, 30 nov.)

Désinfection. — Critique des règles modernes de la désinfection, par Drossbach. (*Wiener med. Presse*, 2 oct.) — La désinfection à Paris, par A. J. Martin. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 235, mars.) — Sur la désinfection, par Haasis. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 860.) — Désinfectants et désinfection, par Éloy. (*Rev. gén. de Clin.*, 37, p. 585.) — De la désinfection dans l'organisme vivant, par Behring. (*Wien. med. Wochen.*, 16.)

Diabète. — Recherches sur le diabète, par Leo. (*Berl. klin. Woch.*, 9 mai.) — Notes sur le diabète sucré, par Lenné. (*Deutsch. med. Woch.*, 26 mai, p. 474.) — Du diabète consécutif à l'ablation du pancréas, par de Renzi et Reale (Réponse au travail de Minkowski. R. S. M., XL). (*Berlin. klin. Woch.* p. 560, 6 juin.) — Réplique aux précédents, par O. Minkowski. (*Ibid.*, 27 juin.) — Les rapports du diabète avec les maladies

du pancréas, par Lépine. (*Wiener med. Presse*, 3 juil.) — Le diabète pancréatique, par Lancereaux et Thiroloix. (*Acad. des sc.*, 16 août.) — Diabète insipide, caractères de famille et d'hérédité, par Mc Ilraith. (*Lancet*, 1er oct.) — Un cas de coma diabétique chez une femme enceinte, par Born. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte.*, 11, p. 347, 1er juin.) — Coma diabétique, par Roque. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — De l'albuminurie chez les diabétiques, par Lenné. (*Deut. med. Zeit.*, 25 août). — Etiologie et traitement du diabète sucré, par Lenné. (*München. med. Woch.*, 34, p. 601.) — L'alimentation des diabétiques, par W. Ebstein. (*Deutsche med. Woch.*, p. 417, 12 mai, et *Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 31.) — Sur le traitement du diabète sucré, par Riggs. (*J. of Americ. med. assoc.*, 28 mai, p. 674.) — De l'épargne d'albumine produite par l'alimentation hydrocarbonée, dans le diabète sucré, par Léo. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 33.) — Traitement du diabète sucré, par Mouillade. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'étude du traitement électrique du diabète sucré, par Massy. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 oct.) — Pain d'aleuronate pour diabétiques, par Ebstein. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 469, 9 mai.)

Digestion. — Physiologie de la digestion chez les batraciens, par Gruetzner et Swiecicki. (*Arch. f. ges. Phys.*, XLIX, p. 638.)

Diphtérie. — Les origines de la diphtérie, par Longuet. (*Semaine méd.*, 12 nov.) — Sur un cas de contagion de la diphtérie, par Lemoine. (*Lyon méd.*, 20 nov.) — Etude de la diphtérie, par Hoppe Seyler. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, 6.) — Diagnostic de la diphtérie, par Booker. (*Arch. of pediat.*, sept.) — La polymorphie de la diphtérie de la gorge, par Szego. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 2 et 3.) — Les rapports des angines pseudo-diphtéritiques avec la diphtérie; de l'angine scarlatineuse pseudo-membraneuse, par Booker. (*Arch. of pediat.*, sept.) — Formes de diphtérie simulant l'angine simple, par Koplik. (*Ibid.*) — Nouvelles études sur les rapports du bacille pseudo-diphtéritique avec le bacille diphtéritique, par A.-C. Abbot. (*The Johns Hopkins Hospit. Bullet.* oct.-nov. 1891 et *Hyg. Rundsch.*, II, 513. — La diphtérie et autres inflammations pseudo-membraneuses, étude clinique et bactériologique, par W. Hallock. (*N. York med. record*, 31 juil.) — Les deux formes de diphtérie désignées sous le nom de diphtérie vraie et de pseudo-diphtérie, leurs différences, leur nature, par Lewis Smith. (*Arch. of pediat.*, sept.) — Formes de diphtérie vraie simulant l'angine catarrhale simple, par Koplik. (*N. York med. Journ.*, 27 août.) — La fausse membrane diphtéritique, par F. de Grandmaison. (*Médecine moderne*, 23 juin.) — Diphtérie avec persistance prolongée de la fausse membrane, néphrite consécutive, par Hawkins. (*Med. news*, 8 oct.) — Contribution à l'étude de la stomatite diphtéritique, par Thiercelin. (*France méd.*, 25, p. 385.) — Contribution clinique à l'étude des mouvements de l'iris et à la thérapeutique des paralysies post-diphtériques, par Gilles. (*Marseille médical*, 13, p. 435.) — Hémiplégie droite et aphasie, suite de diphtérie, enfant de 8 ans, guérison en 6 semaines, par Jones. (*Med. news*, 22 oct.) — Du traitement de la diphtérie, par Klein. (*Pester med. chir. Presse*, 4.) — Contribution au traitement de la diphtérie, par Moskowitz. (*Ibid.*, 4.) — Le traitement de la diphtérie par la créoline, par J. Munk. (*Ibid.*, 4.) — Sur le traitement de la diphtérie, par G. Villani. (*Riforma medica*, 4 mai, p. 303.) — Du traitement de la diphtérie, par A. Neumann. (*Berlin.*) — Du traitement de l'angine diphtéritique par l'acide chromique, par Lescure. (*Bull. de thér.*, 15 sept.) — Du traitement local de la diphtérie pharyngée par le perchlorure de fer, par Rehn. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 655, 27 juin.)

Dysenterie. — Traitement de la dysenterie aiguë par les injections antiseptiques rectales, par Johnston. (*Americ. J. of med. sc.*, août.) — Tannin et acide borique dans la dysenterie, par Liebersohn (*Vratch*, 38.) — Ipécacuanha dans la dysenterie, par Hart. (*Lancet*, 16 oct.)

E

Eau. — La protection des sources servant à l'alimentation publique, par A.-J. Martin. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 novembre.) — Étude bactériologique de l'eau potable, par Vaughan. (*Americ. J. of med. sc.*, août.) — Analyses bactériologiques des eaux potables au point de vue de l'hygiène pratique, par N. Rana. (*Morgagni*, janvier.) — Contribution à l'étude bactériologique des eaux, par J. Rossi. (*Thèse Genève.*) — Les bactéries des puits de Dorpat, par Dimitry Tataroff. (*Thèse Dorpat*, 1891 et *Hyg. Rundsch.*, II, 410.) — Examen bactériologique de l'eau des conduites de l'Université de Dorpat, par S. Schulmann. (*Thèse Dorpat*, 1891 et *Hyg. Rundsch.*, II, 410.) Remarques sur la qualité de l'eau des puits tubulaires habituellement mélangée à des particules sablonneuses, par Frenkel. (*Lyon méd.*, 23 oct.) — L'alimentation en eau potable des communes de la banlieue parisienne. Conseil de salubrité de la Seine. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Les eaux distribuées à Meudon et dans les communes voisines. (*Ibid.*, juin.) — L'eau potable à Lyon, par Delore. (*Lyon méd.*, 28 août.) — De l'eau potable à bord des navires, par Nocht. (*Hyg. Rundsch.*, II, 273.) — Appareil pour la stérilisation de l'eau nécessaire en chirurgie et en bactériologie (par condensation de vapeur), par H. Merke. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 663, 4 juillet.) — Formule pour comparer l'infection de divers fleuves par les eaux d'égout, par R. Baumeister. (*Deutsche Viertelj. f oeffentl. Gesund.*, XXIV, p. 467.) — Epuration de l'eau de boisson, par Burlureaux. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 5.) — Épuration des eaux d'égout par le sulfate ferrique, par A. et P. Buisine. (*Acad. des Sc.*, 31 octobre.) — Projet d'épuration des eaux de la Divette par les puits filtrants du système Lefort, par Gabriel Pouchet. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVII, 289, avril.)

Eaux minérales. — L'eau minérale arsénicale de Roncegno dans le Tyrol méridional, par C. Binz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 374, 11 avril.) — Bactéries des eaux en bouteilles, par Ghriskey. (*Med. News*, 8 octobre.) — De l'action des eaux de La Motte sur le rhumatisme, par de Langenhagen. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Indications et contre-indications des eaux chlorurées sodiques fortes en gynécologie, par Lostalot. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 septembre.) — Les eaux de Krankenheil-Tœlz, par H. Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 23 mai.) — Recherches sur l'état de la nutrition à la suite de l'ingestion prolongée de l'eau ferro-arsénieuse de Levico, par F. Dronke et C.-A. Ewald. (*Ibid.*, p. 456, 9 mai.) — Les vertus curatives des eaux sulfureuses de Telese, par M. Semmola. (*Progresso med.*, 10 avril.) — Les hémoptysies et les eaux thermales, par Mascarel. (*France méd.*, 22, p. 339.) — Des injections hypodermiques d'eaux minérales au point de vue thérapeutique, par Thermes. (*Cong. Assoc. franç., Bull. méd.*, 25 septembre).

Eclampsie. — De l'étiologie de l'éclampsie, par Schaeffer. (*Cent. f. Gynæk.*, 1er octobre.) — De l'éclampsie, par Duehrssen. (*Arch. f. Gynæk.*, XLIII, 1.) — Pathogénie de l'éclampsie. Propriétés toxiques du sérum des

éclamptiques, par Chambrelent. (*Congr. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 21 septembre.) — De la toxicité du sérum sanguin chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale, par Tarnier et Chambrelent. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Le foie des éclamptiques, par Puech. [*Nouv. Montpellier médical*, 5 (suppl.) p. 669]. — Contribution à l'étiologie de l'éclampsie infantile (par adhérence balanopréputiale), par Fischbach. (*München. med. Woch.*, 36, p. 636.)

Ecriture. — Physiologie et pathologie de l'écriture, par Goldscheider. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Eczéma. — Les eczémas de l'enfance et de l'adolescence, par Russell. (*Med. News*, 3 septembre.) — Eczéma généralisé chez un enfant de 3 ans, disparition en vingt-quatre heures à la suite d'une cure à Lavey; pneumonie, puis pleurésie purulente opérée. Réapparition de l'eczéma après guérison de la fistule pleurale, par Bonnard. (*Revue méd. Suisse romande,* XII, 242, avril.) — Étiologie et traitement de l'eczéma, par Tenneson. (*Rev. gén. de Clin.*, 31, p. 481.) — Obs. d'eczéma solaire, par Wolters. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 128, 8 février.)

Electricité. — Dosage des courants constants, par Mund. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 656, 27 juin.) — 2 instruments d'électrothérapie (1° galvanomètre; 2° rhéostat), par G. Mayerhausen. (*Ibid.*, p. 709, 11 juillet.) — Comment il faut comprendre l'action de l'électricité en électrothérapie, par Regumbeai. [*Montpellier médical*, 5 (suppl.) p. 541.] — L'électricité et l'absorption cutanée, par Aubert. (*Lyon méd.,* 4 septembre.) — Guide de l'électricité médicale, par W. James Morton. (*New York med. record.*, 3 septembre.) — Les méthodes hydro-électriques en médecine, par Hedley. (In-8°, *Londres.*) — L'électricité médicale à Montpellier, par Lecercle. (*Nouveau Montpellier médical,* 4, p. 403.) — Des courants alternatifs de haute fréquence et de haute tension en électrothérapie, par Oudin et Labbé. (*La Médecine moderne,* 6 octobre, p. 613.) — Électrolyse interstitielle, par Gauthier. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 25 septembre.) — Des applications nouvelles du traitement électrique faradique et galvanique au diagnostic en gynécologie, par Apostoli. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 octobre). — Sur les applications nouvelles du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, par Apostoli. (*Ibid. Soc. de biol.*, 15 octobre et *Bull. méd.*, 25 septembre.) — Hémorragies et leur mécanisme dans les tumeurs fibreuses utérines, action de l'électricité, par Danion. (*Congr. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 25 septembre.) — Que produit le traitement électrique des myomes? par R. Schœffer. (*Deutsche med. Woch.*, 15.) — Traitement des hémorragies utérines par l'électrolyse cuprique intra-utérine, par Delineau. (*Congrès de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.,* 25 septembre.) — Du traitement électrique de l'ascite et de l'arrêt du cœur par la faradisation des muscles abdominaux, par Glax. (*Cent. f. ges. Therap.,* novembre.) — Traitement électrique de la gastralgie et de la dyspepsie atonique, par Rockwell. (*Boston med. Journal*, 18 août.) — De la situation actuelle de l'électrolyse dans le traitement des affections cutanées, par Bowen. (*Ibid.*, 28 juillet.) — De la destruction des tumeurs vasculaires de la peau, par l'électrolyse, par Prince. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Utilité de l'électrothérapie dans les incontinences d'urine, par Danion. (6e *Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.,* 15 mai.) — Traitement du cancer par l'électropuncture voltaïque, par Danion. (*Ibid.*, 18 mai.)

Eléphantiasis. — Trois cas d'éléphantiasis de la paupière, par Gorand. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er avril.)

Embolie. — Embolie de l'artère coronaire gauche, mort subite, par Hektoen. (*Med. News*, 20 août.)

Embryologie. — Sur les anomalies de développement de l'embryon humain, par Giacomini. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — Sur l'influence de la lumière sur l'orientation de l'embryon dans l'œuf de poule, par Blanc. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.)

Emphysème. — Emphysème sous-cutané généralisé consécutif à un emphysème pulmonaire, par Isidor. (*Soc. anat. Paris*, 21 octobre.)

Empoisonnement. — Recherches physiologiques sur la fumée d'opium par Gréhant et Martin. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Lypémanie ; empoisonnement par le laudanum traité par le lavage de l'estomac, par Régis. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — La cure d'abstinence des morphinomanes à l'aide de la méco-narcéine, par A. Fromme. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 710, 11 juillet.) — Le cocaïnisme ou cocaïnomanie, par J.-B. Mattison. (*New York med. record*, 22 octobre.) — Empoisonnement par l'aconit, par Robinson. (*Boston med. Journal*, 25 août.) — Empoisonnement par l'atropine sans dilatation des pupilles, par Mc Cartney. (*Med. News*, 10 septembre.) — Quatre cas d'empoisonnement par la jusquiame et un cas par l'atropine, par Rudolph. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 40, p. 834.) — Sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone, par de Saint-Martin. (*Ac. des Sc.*, 14 novembre.) — Intoxication par l'oxyde de carbone et asphyxie, par Geppert. (*Deutsche med. Woch.*, p. 418, 12 mai.) — Guérison après l'absorption de 3 onces de sirop de chloral, par Holburton. (*Brit. med. J.*, 12 novembre.) — Guérison après empoisonnement par 4 onces de sirop de chloral, par Snell. (*Ibid.*, 15 oct.) — Empoisonnement par l'hydrate d'amylène, par Anker. (*Therap. Monats.,* nov.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par Guttmann. (*Ibid.*, octobre.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par Cohn. (*Ibid.*, novembre.) — Empoisonnement par la quinine, par Grosskopff. (*Ibid.*, octobre.) — Deux cas de paralysie passagère consécutive à l'absorption de pelletiérine par Rigaud. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Accidents occasionnés par l'ingestion d'un foie de veau, par Pirl. (*Zeitschr. f. Fleisch und Milch. Hyg.*, II et *Hyg. Rundsch.*, II, 424.) — Sur la reconnaissance de l'arsenic au moyen de certaines moisissures ; contribution à la toxicologie de l'arsenic, par Gosio. (*Riv. d'igiene*, III, 10 et 11 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Empoisonnement par l'arsenic, dépôt de sulfure d'arsenic dans l'endocarde, par Murray. (*Lancet,* 22 octobre.) — Un cas d'hémoglobinurie consécutif à la respiration d'hydrogène arsénié, par O. Storch. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25.) — Empoisonnement supposé par l'arsenic ou le mercure, par Jenner. (*N. York med. Journ.*, 5 novembre.) — Emploi du permanganate de potasse dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, par Erdos. (*Orvosï hetilap*, 32.) — Contribution à l'étude des échanges nutritifs chez l'homme dans l'intoxication phosphorée, par Munzer. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 24.) — Empoisonnement par le cuivre, simulant le choléra, par Bunting. (*Brit. med. J.*, 22 octobre.) — Empoisonnement par un mélange d'acide phénique et de chloroforme, par Lorenz. (*Annal. di chim.*, juin.) — Empoisonnement d'un nouveau-né par des vapeurs phéniquées, par V. Bulvebash. (*Meditzinskoie Obozrenié*, 9.) — Empoisonnement par des frictions d'onguent gris, par Sackur. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juin.) — Un cas d'empoisonnement par le sublimé corrosif, par Durante. (*Soc. anat. Paris,* juillet, p. 548.) — Recherches expérimentales sur les lésions déterminées par le bichlorure de mercure, par Pilliet et Cathelineau. (*Soc. anat. Paris,* juillet, p. 590.)

Enfant. — Maladies des enfants, manuel, par Carmichael. (*Edimbourg.*) — Sémiotique et diagnostic des maladies de l'enfance, par Nil Filatow ; traduction du russe, par A. Hippius. (*Stuttgard.*) — Études de pathologie et tératologie fœtales, par Ballantyne. (*Edinb. med. Journ.*, nov.) — Sexe et mortinatalité comparés parmi les enfants légitimes et les enfants naturels nés à la clinique de Bâle de 1868 à 1890, par Jacob Holinger. (*Thèse Bâle* et *Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 352.) — Nouvelles recherches sur l'hématologie des nouveau-nés, en particulier dans la période de la chute du cordon, par Schiff. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 2, 3 et 4.) — Sur une déformation fréquente du crâne produite chez les enfants du premier âge, par Moussous. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er octobre.) — Fièvre catarrhale chez les enfants, par Lainé. (*Med. News*, 8 octobre.) — De la fièvre catarrhale chez les enfants, par Sejournet. (*Union médicale Nord-Est*, 7 et 8.) — Sur certaines causes peu connues d'infection pseudo-malarienne chez de jeunes enfants, par Simon. (*Bull. méd.*, 12 novembre.) — Hémorragie cérébrale chez un enfant, par Barling. (*Birmingham med. review*, octobre.) — Lés paralysies survenant chez les enfants pendant et après les maladies infectieuses, par Bassette. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, par Bourges. (*Gez. hebd. Paris*, 26 novembre.) — Un cas de paraplégie spasmodique de l'enfance avec idiotie, par Friedmann. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 1 à 3.) — De la paralysie spinale spasmodique récidivante chez l'enfant, par Friedmann. (*Ibid.*, III, 1 à 3.) — Trois observations de troubles nerveux chez des enfants atteints de phimosis congénital, guéris par la circoncision, par Denucé. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juillet.) — Des affections cardiaques rhumatismales chez l'enfant, par Sturges. (*Lancet*, 27 août.) — Étude clinique du cœur normal et de quelques variétés du rythme cardiaque chez l'enfant, par Chaix. (*Thèse de Lyon.*) — Auscultation du cœur chez l'enfant, par Azoulay. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — L'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés, par Geffrier. (*Rev. mal. de l'enf.*, novembre.) — Broncho-pneumonie simple, mal de Pott et tuberculose rénale chez un enfant de cinq ans, par Baumel. (*Montpellier médical*, 33, p. 643.) — Des broncho-pneumonies à résolution tardive de l'enfance, par Saint-Philippe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 octobre.) — De la pneumonie chez les petits enfants, par Miller. (*Med. Obosrenie*, XXXVIII, 15.) — La pneumonie fibrineuse des enfants, par V. D'Auria. (*Rivista clinica e terapeutica*, 2, p. 69.) — État de 24 cas d'empyème chez l'enfant après la résection de la côte, par Hastings et Edwards. (*Lancet*, 20 août.) — Nouvelles considérations sur l'alimentation de l'enfance, par Verrier. (*France méd.*, 41, p. 642.) — Nourriture complémentaire de l'allaitement, préparation au sevrage, par Delobel. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Étude du ferment lab. avec observations, chez les nourrissons, par Izydlowski. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 4.) — Ulcère de l'estomac chez un enfant de 2 ans et demi. (*Med. News*, 8 octobre.) — Quelques mots sur la dyspepsie gastro-intestinale de l'enfant du premier âge. (*Rev. gén. de Clin.*, 38, p. 593.) — La diarrhée dans la première enfance, ses causes, signes et traitement, par J. M'Caw. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 105, août.) — De la diarrhée infantile, par Sejournet. (*Union méd. du Nord-Est*, 10 et 11.) — Signes cliniques et lésions de la diarrhée infantile, par Chapin. (*N. York med. Journ.*, 29 octobre.) — Les diarrhées estivales des enfants, par Musser. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Entérite catarrhale subaiguë accompagnée d'hémorragie intestinale chez une enfant de 6 ans, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juin.) — Sur quelques diarrhées à caractère épidémique, produites par le bacterium coli commune chez les enfants, par Rossi Doria. (*Riforma medica*, 5 août.) — Traitement de la

diarrhée verte des enfants, par HUTON. (*Rev. mal. de l'enf.*, septembre. — De l'anémie splénique infantile, par MYA et TRAMBUSTI. (*Sperimentale*, XLVI, 4.) — Étude de la rate chez l'enfant, par GASTOU et VALLÉE. (*Rev. mal. de l'enf.*, septembre.) — Sur 88 mensurations comparatives du foie à l'état sain et à l'état pathologique chez l'enfant aux différents âges, par DAUCHEZ. (*Ibid.*) — Nouvelle contribution à l'étude de la pseudo-leucémie infantile, par E. MEUSI. (*Riforma medica*, 11 juin, p. 688.) — La tuberculose rénale chez l'enfant, sa fréquence, par BAUMEL. (*Nouveau Montpellier médical*, 27, p. 529.) — Sur cinq cas de péritonite rhumatismale aigu chez l'enfant, suivie de guérison, par N. FEDELE. (*Morgagni*, février, p. 125.) — Sur le rhumatisme noueux chez les enfants, par CÉRY. (*Thèse de Nancy.*) — Goutte articulaire typique chez une enfant de 11 ans, par MABBOUX. (*Lyon méd.*, 23 octobre.) — Considérations sur 36 cas de fièvre typhoïde infantile, par VOUILLEMIN. (*Thèse de Nancy.*) — De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde chez les enfants et de sa valeur au point de vue du pronostic, par GUIMET. (*Thèse de Lyon.*) — Des rechutes de la fièvre typhoïde chez les enfants d'après 25 observations, par ZIWER. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la variation du poids chez les enfants typhiques traités par les bains froids, par DARRICARÈRE. (*Thèse de Lyon.*) — De la blennorrée uro-génitale chez les petites filles, par CAHEN-BRACH. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 4.) — Vulvo-vaginite chez l'enfant, par MARTIN. (*Journ. of cut. dis.*, novembre.) — L'art d'administrer les médicaments aux enfants, par CORNET. (In-18, 140 p., *Tours.*) — Balnéation chez l'enfant, par ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 21 septembre et *Rev. gén. de Clin.*, 41, p. 641.) — Lavements d'eau glacée dans le traitement des affections intestinales de l'enfance, par SALINGER. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Du vésicatoire phéniqué chez les enfants, par OLLIVIER. (*Bull. de thér.*, 30 août.) — Intervention chirurgicale dans les affections cérébrales de l'enfance, par NORBURY. (*Journ. Americ. med. Assoc.* 1er octobre.) — De l'infection des nouveau-nés par la plaie ombilicale et de son traitement, par EHRENDÖRFER. (*Wiener med. Presse.*, 16 octobre.) — Étiologie du céphalématome des nouveau-nés, par MERTTENS. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — Malformation de la main, tache vasculaire sanguine et lymphangiomes congénitaux, par REVERDIN. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, p. 392.) — Kyste congénital du dos de la main, par KUMMER. (*Ibid.*) — Sur un cas d'abcès de la paroi abdominale, par DESCROIZILLES. (*Gaz. des hôp.*, 30 août et *Rev. mal. de l'enf.*, novembre.) — Néphrectomie par tuberculose chez un enfant de 3 ans, mort, par BAGINSKY et GLUCK. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 516, 23 mai.) — Néphrectomie chez un enfant de 2 ans, guérison, par WERNER. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Hernie vésicale chez l'enfant, découverte au cours de l'opération radicale d'une épiplocèle inguinale. Laparotomie, guérison, par E. KUMMER. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 235, avril.) — La cure radicale de la hernie chez les enfants, par POORE (*N. York med. Journ.*, 6 août.) — Les fractures les plus communes chez les enfants, leur traitement, par MARTIN et KIRBY. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Périostite aiguë infectieuse chez une enfant d'un an, par FATICHI. (*Sperimentale*, 15 octobre.) — Périostite suppurée du pariétal dans le cours d'une broncho-pneumonie chez un enfant, par Conrad BRUNNER. (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 12, p. 380., 15 juin.) — Ostéomyélite aiguë du radius chez un garçon de 3 ans ; infection purulente avec endocardite végétante et métastases multiples dans les os, les reins et les poumons, par KUMMER. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 334, mai.)

Epilepsie. — Sur les lésions et la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle,

par Blocq et Marinesco. (*Semaine méd.*, 12 novembre.) — Sur quelques nouveaux faits relatifs à la physiologie de l'épilepsie, par Brown-Séquard. (*Acad. des Sc.*, 12 septembre.) — Etiologie de l'épilepsie idiopathique, par Herter et Smith. (*N. York med. Journ.*, 20 août.) — Sur le minimum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les épileptiques, par Féré, Batigne et Ouvry. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Etude de la sensation de pression chez les épileptiques, par Féré, Batigne et Ouvry. (*Ibid.*, 12 novembre.) — Sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique, par Féré et Batigne. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques, par Voisin et Péron. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — L'œil épileptique, par Chaltin. (*Arch. de méd. belges*, 3, p. 156.) — Suffusions sanguines pendant une attaque d'épilepsie, par Cabadé. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Epilepsie jacksonienne, convulsions débutant dans l'orbiculaire gauche des paupières, s'étendant au bras gauche ; kyste apoplectique, drainage, plus de convulsions, par Pershing. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Epilepsie jacksonienne, par A. Cardarelli. (*Morgagni*, septembre, p. 539.) — De l'épilepsie absinthique, par Ott. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Rupture du foie pendant une attaque d'épilepsie, par Polakoff. (*C. rend. de la Soc. méd. du Caucase*, 15.) — Progrès dans le traitement et la colonisation des épileptiques, par Peterson. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — De l'état actuel du traitement de l'épilepsie, par Eulenburg. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Traitement chirurgical de l'épilepsie, par Gerster et Sachs. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Traitement de l'épilepsie essentielle par la ligature des deux vertébrales et la ligature incomplète des deux carotides primitives, par Chalot. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Sur le traitement de l'épilepsie essentielle par la ligature simultanée des artères vertébrales, par Gowing Middleton. (*Thèse de Paris*, 8 décembre.)

Erysipèle. — Recherches sur l'érysipèle, 148 cas, par Glaser. (*Therap. Monats.*, septembre.) — De l'identité du streptocoque pyogène avec celui de l'érysipèle, par Kirchner. (*Centralbl. für Bakt.*, XI, 24.) — De la phagocytose dans ses rapports avec l'érysipèle, par Bokenham. (*Brit. med. J.*, 10 septembre.) — Lymphangite érysipélateuse de la face ; phlébite cervicale d'origine infectieuse, par Hoel. (*Bull. méd. du Nord-Est*, 5, p. 137.)

Erythème. — Les érythèmes, par M'Call Anderson. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Sur quelques érythèmes infectieux, par Hutinel. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — De l'iodisme. Un cas d'érythème noueux dû à l'iodure de potassium, par L. Perrin. (*Marseille méd.*, 17, p. 567.)

Estomac. — Action des nerfs pneumogastrique et grand sympathique sur l'estomac chez les batraciens, par Contejean. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Recherches sur le pouvoir de résorption de la muqueuse de l'estomac chez les enfants en bas âge, par Pfannenstill. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXIV, 17.) — Etudes critiques et expérimentales sur les acides de l'estomac, par Martius et Luttke. (In-8°, 193 p., *Sttutgart.*) — Le chimisme stomacal, par Winter. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Des réactions du lait et de la caséine avec l'acide chlorhydrique, par Mueller. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 4.) — De la valeur de la réaction de Günzburg au sujet de l'acide chlorhydrique libre, par Mierzynski. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 21.) — Contribution à l'étude de la digestion normale et pathologique. Recherche et séparation de l'acide chlorhydrique libre et des chlorures, par Lescœur et Malibran. (*Bull. méd. du Nord*, 13.) — L'importance pratique de

la détermination quantitative de l'HCl libre dans le contenu de l'estomac, par Rosenheim. (*Deutsche med. Woch.*, 13.) — Du mode de se comporter de l'HCl avec les albuminoïdes relativement à l'examen chimique du suc gastrique, par Sansoni. (*Arch. ital. de bil.*, XVIII, 2.) — De la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, par Martius. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 50.) — De la fermentation stomacale, par Hoppe-Seyler. (*Ibid.* 25, p. 54.) — Valeur de l'examen du sang dans les maladies de l'estomac, par Osterpey. (*Berl. klin. Woch.*, 21 mars.) — Des névroses et psychoses survenant dans le cours des affections chroniques de l'estomac, par Alt. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.) — La dyspepsie, par Leven. (*Soc. de biol.*, 5 novembre.) — La dyspepsie par hypersécrétion gastrique, par Chéron. (*Union médicale*, 25 août.) — Contribution à l'étude de la maladie de Glénard et du carcinome de l'estomac à l'aide de l'insufflation directe, par Casimir Poltowicz. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, 218, 316, 362 et 424.) — De la dilatation de l'estomac et des troubles psychiques qu'elle provoque, étude de pathologie nerveuse et mentale, par Devay. (*Thèse de Lyon.*) — De la dilatation de l'estomac dans les métrites chroniques, par Boursier. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 3 avril.) — L'estomac chez les tuberculeux, par Lyon. (*Gaz. des hôp.*, 3 septembre.) — Les troubles gastriques de la phtisie, en particulier du vomissement, par Habershon. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Les intoxications d'origine gastrique, par S. Riva-Rocci. (*Giornale R. Accad. di medici Torino*, mai, p. 377.) — Résumé de l'anatomie pathologique de la gastrite chronique, par Hayem. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 août.) — Un cas de gastrite phlegmoneuse diffuse au cours d'un cancer de l'estomac (statistique de 41 cas), par Mintz. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 487.) — Ulcère de l'estomac, perforation, péritonite suppurée latente, abouchement des canaux pancréatiques dans la cavité gastrique, par Devic. (*Province méd.*, 18 juin.) — Pyopneumothorax sous-diaphragmatique consécutif à la perforation de deux ulcères ronds de l'estomac, par Audéoud. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XI, p. 650.) — Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'estomac, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 23 août.) — De l'atrophie de l'estomac, par M. Einhorn. (*New York med. record*, p. 650, 11 juin.) — Sur une forme septicémique du cancer de l'estomac, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Cancer du cardia, nécrose consécutive de la rate, mort par hématémèse, par L. Sansoni. (*Riforma medica*, 22 juillet, p. 184.) — Cancer de l'estomac absolument latent, par Aron. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 juin.) — De l'ictère précoce dans le cancer de l'estomac, par M. Michel. (*Médecine moderne*, 29 septembre, p. 597.) — Double carcinome de l'estomac, fièvre à type intermittent, par Devic et Chatin. (*Province méd.*, 17 septembre.) — L'emploi du spray dans les maladies de l'estomac, par Einhorn. (*N. York med. Journ.*, 17 septembre.) — Du traitement des affections nerveuses de l'estomac, par Weissenberg. (*Wiener med. Wochens.*, 20 et 21.) — Valeur de la résorcine dans le traitement de l'ulcère stomacal, par Pope. (*Provincial med. Journ.*, 2 mai.) — De la douche stomacale, par Rosenheim. (*Therap. Monats.*, août.) — De l'eau oxygénée pour combattre les troubles gastriques, par Jakovleff. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Hernie diaphragmatique de l'estomac, par Niemöller. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 avril.) — Chirurgie des rétrécissements pyloriques, par Colzi. (*Sperimentale*, XLVI, 4.) — Dilatation de l'estomac par rétrécissement cicatriciel très prononcé du pylore, laparotomie, pyloplastie par le procédé de Heineke, Mikulicz, guérison, par L. Carloni. (*Morgagni*, septembre, p. 583.) — Utilité de l'intervention chirurgicale dans la perforation de l'ulcère chronique de l'estomac, par A. Parsons. (*Dublin j. of med. sc.*, p. 26, juillet.) — Traitement chirur-

gical du cancer de l'estomac, par MARCIGUEY. (*Rev. gén. de Clin.*, 42, p. 663.) — Accidents de sténose aiguë dans un cas de cancer du pylore, gastro-entérostomie, par SCHWARTZ. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 585.) — Gastro-entérostomie, par RECLUS. (*Mercredi méd.*, 19 octobre.) — Les plaies pénétrantes de l'estomac et des intestins, par G. FANTINO. (*Morgagni*, juillet.)

Exanthème. — Etude des exanthèmes par l'antipyrine, par MOELLER. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Des exanthèmes par l'antipyrine, par EICHHORST. (*Ibid.*, août.) — Considérations sur les éruptions médicamenteuses, par LEWIN. (*Wiener med. Presse*, 18 septembre.) — Eruptions survenant dans la septicémie consécutive à la scarlatine et à la diphtérie, par MANNING. (*Lancet*, 13 août.)

F

Face. — Obs. d'hémiatrophie faciale gauche, par DE CÉRENVILLE .(*Rev. méd. Suisse romande*, XI, p. 659.) — Paralysie faciale périphérique consécutive à un zona cervico-occipital, par L. PERRIN. (*Marseille méd.*, 17, p. 580.) — Considérations sur la staphylocose de la face, impetigo et diverses autres affections à staphylocoques, par TISSIER (*Ann. de méd.*, 9 nov.) — Epithelioma de la face guéri par la pâte arsenicale, par F. HUE. (*Normandie méd.*, 15 août.) — De la position de Rose dans les opérations sur la face ; résection du maxillaire supérieur, d'une partie de l'ethmoïde et de l'os malaire en position de Rose, par PANTALONI. (*Arch. prov. de chir.*, I, 3.)

Ferment. — Fermentations vitales et fermentations chimiques, par ARTHUS et HUBER. (*Acad. des Sc.*, 14 nov.) — Ferments solubles et ferments figurés, par ARTHUS et HUBER. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — La levure chïnoise, par CALMETTE. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 9.)

Fièvre jaune. — Traitement de la fièvre jaune au Brésil, par R. WHITEHEAD (*New York med. record*, 3 sept.)

Fistule. — Cure d'une fistule recto-vaginale par la périnéorraphie après échecs par les procédés dits d'économie, par ROUTIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 454.)

Foie. — Le foie et l'uropoïèse, par ROGER. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 nov.) — Sur la diffusion des sons à travers le foie, par A. BORGHERINI. (*Archivio ital. di clin. medica*, 3, p. 351.) — Les oscillations de la matité normale du foie et de la rate, par HEITLER. (*Wien. med. Wochenschr.*, 24.) — De la colique hépatique, par COLLADON. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, p. 345). — Un cas de souffle hépatique ; contribution au diagnostic de la colique hépatique par lithiase biliaire, par B. LUZZATO. (*Riforma medica*, 16 septembre, p. 735). — De la colique hépatique nerveuse et des pseudo calculs biliaires, par FÜRBRINGER. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 495, 16 mai.) — Le traitement de la colique hépatique dans les hôpitaux de Paris, par BEAUDOUIN. (*Semaine méd.*, 12 nov.) — Des congestions du foie et de leur traitement, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 12 oct.) — Maladies du foie et folie, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Note sur un cas d'œdème

local au cours des maladies du foie, par V. Carlier. (*La Médecine moderne*, 24 mars.) — Cirrhose de Laennec à marche rapide, avec ictère; adénome du foie, par Dufournier. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 564.) — Pronostic de la cirrhose alcoolique, par Gillot. (*Rev. gén. de clin.*, 43, p. 673.) — Cirrhose hépatique simulant par des accès de coliques fébriles une affection de la vésicule biliaire, par Israel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 565, 6 juin.) — Cirrhose hépatique; hémorragie mortelle par les veines œsophagiennes, immédiatement après la ponction de l'abdomen, par Ewald. (*Ibid.*, 6 juin.) — Hépatite et dégénérescence du foie, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, 21 avril.) — Sur la curabilité de la cirrhose hépatique, par Ferreira. (*Bull. de thérap.*, 30 oct.) — De l'hépatite chronique, par Rosenstein. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 12.) — Cirrhose hypertrophique d'origine palustre, par Potain. (*Ann. de méd.*, 21 sept.) — Cirrhose atrophique du foie d'origine tuberculeuse, par Pagliano. (*Journ. méd. Bordeaux,* 3 juillet.) — Remarques séméiologiques et recherches bactériologiques sur un cas d'abcès du foie, par E. Burci et R. Silvestrini. (*Riforma medica*, 7 mars.) — Bactéries de l'ictère grave, par Nepveu et Bourdillon. (*Gaz. med. Paris*, 8 oct.) — Grand abcès du foie, curetage, bactériologie par Fontan. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 569.) — Etude des abcès du foie par Dabney. (*Americ. j. of. med. sc.*, août.) — Obs. d'abcès du foie recueillies dans les hôpitaux de la Martinique, par Clarac. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Abcès du foie au Tonkin, par Boinet. (*Marseille méd.*, 13, p. 465.) — Etude pathogénique des abcès tropicaux du foie, par Loison et Arnaud. (*Rev. de méd.*, nov.) — Pyléphlébite suppurée par Bristowe. (*Practitioner*, oct.) — Fièvre hépatique de suppuration, par A. Cardarelli. (*Morgagni*, juin.) — Diagnostic et traitement des abcès du foie, par Leblond. (*Thèse de Paris*, 9 nov.) — Sur le traitement des affections hépatiques, du foie sanguin, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 30 sept.) — Evolution de l'adénome du foie, par Pilliet. (*Bull. soc. anat. Paris*, p. 609, juillet.)

Fracture. — Etiologie des fractures dites intra-utérines, en particulier de l'humérus, par Sperling. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — Fracture du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête humérale et enfoncement de la grosse tubérosité, par Poirier. (*Semaine méd.*, 24 sept.) — Note sur les suites de deux fractures du coude, fracture condylienne interne et condylienne externe, par Ozenne. (*Journ. méd. Paris*, 27 nov.) — Mécanisme et décomposition de la fracture de l'extrémité inférieure du radius; manœuvre pour la réduction et appareil d'immobilisation, par A. Buonomo (*Riforma medica*, 4 août.) — Recherches expérimentales sur les procédés de mensuration du membre inférieur applicables aux fractures du corps du fémur par Ollivier de Sardan. (*Thèse de Montpellier.*) — Fracture compliquée de la cuisse, par Ed. Busch. (*Deutsche med. Woch.*, 8 juin, p. 549.) — Fracture spontanée du fémur à la suite d'un coup de feu dans la cuisse; amputation; guérison, par Brander. (*Indian med. Gaz.*, XXVII, p. 44.) — Suture de la rotule par un procédé nouveau, cerclage de la rotule par Berger. (*Bull. Soc. de chir*,, XVIII, p. 523.) — Fracture de la rotule; suture osseuse. Guérison avec conservation intégrale des fonctions du membre, par L. Desguin. (*Ann. Soc. méd. Anvers,* p. 111, juin.) — Fracture traumatique transversale de la rotule, suture des fragments, guérison, par G. Velo. (*Riforma medica,* 10 octobre.) — Fracture de jambe chez une hystérique, pseudarthrose, suture osseuse, guérison, par Moulonguet. (*Cong. Assoc. franc. Bull. méd.*, 21 septembre.) — Sur le traitement des fractures compliquées de la jambe, de la résection immédiate des extrémités osseuses, par Coignet (*Arch. prov. de chir.*, I, 4.) —

Le traitement des fractures compliquées, par Myers. (*Journ. americ. med. Ass.*, 20 août.) — Du traitement des fractures compliquées par les méthodes modernes, par Burrel. (*Boston med. Journ.*, 8 septembre.) — Nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule, par Büngner. (*Deutsche med. Woch.*, 8 juin, p. 546.)

Fulguration. — Un coup de foudre, par Boens. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 4, p. 284.) — L'iodoforme dans un cas de fulguration, par Ivanoff. (*Progrès médical,* 20 août.)

G

Gangrène. — Gangrène symétrique des pieds par thrombose, par Martinez. (*N. York med. journ.*, 29 oct.) — Gangrène du pied, suite d'érysipèle de la face, par Davies. (*Brit. med. j.*, 5 nov.) — La question de l'amputation précoce dans la gangrène sénile, par Powers. (*Americ. j. of med. sc.*, nov.) — Plaie de la cuisse par instrument piquant, ligature des vaisseaux fémoraux, gangrène du pied, amputation de Pirogoff, abcès gazeux, mortifications musculaires, amputation de jambe, par Stierlin. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 5 mai.) — Un cas de gangrène sèche spontanée chez un homme de 33 ans, par Prautois. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — Gangrène symétrique par congélation dans le cours d'une grippe infectieuse, par Dardignac. (*Rev. de chir.*, sept.) — Un cas de noma chez un homme de 55 ans, par Hansson. (*Cent. f. Chir.*, 15 oct.) — Noma chez une femme de 44 ans, par Kœster. (*Ibid.*, 12 nov.) — Amputation dans la gangrène diabétique, par Godlee. (*Roy. med. Soc.*, 25 oct.)

Génitaux (Org.). — Gangrène du pénis, suite de grippe, par Devrient. (*St. Petersb. med. Woch.*, 11 juin.) — Des arrêts de développement de l'appareil génital chez la femme, par Éberlin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 1.) — Recherches bactériologiques dans les lésions pathologiques des organes génitaux chez la femme, en particulier sur les causes de la suppuration, par Witte. (*Ibid.*, XXV, 1.) — Malformation des organes génitaux de la femme, par Consolas. (*Congr. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 sept.).

Géographie méd. — Notes sur Yeso (Japon), par Kermorgant. (*Arch. de méd. nav.,* août.) — Un hivernage dans la Chine du Nord, par Baret. (*Ibid.*, oct.) — Notes sur les maladies des Indiens, par Holder. (*Nev York med. record*, 13 août.)

Glaucome. — Le facteur étiologique primordial du glaucome est constitutionnel, par Richey. (*Americ. j. of med. sc.,* nov.) — Rapports du glaucome avec les anomalies par défaut de l'iris, par Collins. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 20 oct.) — Des lésions de l'iris en rapport avec le glaucome, par Collins. (*Ibid.,* 20 oct.) — Glaucome, nature et traitement, par Woodward. (*Ophtalm. record.,* mai.) — Un cas de glaucome hémorragique avec thrombose de la veine centrale de la rétine et ectropion de l'uvée, par Weinbaum. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Glaucome, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 août.) — Du glaucome, par C. Schweigger (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 657, 4 juillet.) — Un cas de glaucome avec staphylomes antérieurs symétriques, par Raynaud. (*Marseille médical,*

13, p. 415.) — Du glaucome hémorragique, par VALUDE et DUBIEF. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Glaucome expérimental chez le lapin, par ULRICH. (21ᵉ *Congrès d'ophth. allem. Heidelberg*, 1891.)

Goutte. — Goutte intestinale, par HAIG. (*Therap. Gaz.*, 15 sept.)

Greffe. — Ablation de la joue et du maxillaire supérieur, greffe cutanée pour former une nouvelle joue, par HARTLEY. (*N. York med. journ.*, 8 oct.) — Sur quelques modifications de la méthode de Thiersch dans la greffe cutanée, par WATSON. (*Boston med. Journal*, 27 oct.) — Un nouveau cas de greffe animale avec de la peau de grenouille, par LOP. (*Union médicale*, 10 sept.)

Grippe. — Sur l'étiologie de la grippe, par FIESSINGER. (*Rev. de méd.*, sept.) — Pathogénie de la grippe, par TEISSIER, ROUX et PITTION. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 5.) — Sur la diffusion de l'influenza au moyen de l'air, par G. BOMBICCI. (*Riforma medica*, 18 août.) — Sur la bactériologie de la grippe, par BERIER. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la résistance du bacille de l'influenza aux agents physiques et chimiques, par G. TIZZONI. (*Riforma medica*, 14 mai.) — Sur l'action pathogène du bacille de l'influenza, par A. BRUSCHETTINI. (*Ibid.*, 22 juin, p. 783.) — Bactériologie de l'influenza, par JACKSON. (*Boston med. Journal*, 25 août.) — Sur l'immunité conférée par l'influenza, par M. FERA. (*Il progresso medico*, 10 mai.) — Epidémie de grippe de la prison d'Éberbach en janvier et février 1890, par LANGREUTER. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IV, p. 147, juillet.) — La grippe à Nancy en 1889-90 et la mortalité par tuberculose pulmonaire, par PARISOT. (*Rev. méd. de l'Est*, 1ᵉʳ oct.) — Résultats de l'enquête sur l'épidémie de grippe de 1889 et 1890 publiés sous les auspices de la Société de médecine interne de Berlin, par E. LEYDEN et S. GUTTMANN. (*Wiesbaden.*) — Épidémie de grippe de 1892 à l'asile d'aliénés de Gottingue, par H. MUCHA. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 638, 27 juin.) — Discussion de la Société de médecine interne sur la nouvelle épidémie de grippe. (*Ibid.*, p. 466, 9 mai.) — La grippe, son histoire, ses causes, etc., par A. RIPPBERGER. (*Munich.*) — De la grippe, par DEBOVE. (*Ann. de méd.*, 12 oct.) — De la grippe à forme typhoïde, par LEMOINE. (*Semaine méd.*, 12 oct.) — Étude clinique de la grippe à forme typhoïde, par DELEZENNE. (*Rev. de méd.*, oct.) — Sur les névrites multiples, encéphalites et méningites, suites d'influenza, par PUTNAM. (*Boston med. Journal*, 13 oct.) — Suites nerveuses et mentales de l'influenza, par KNAPP. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Un cas de névrite chronique consécutif à l'influenza, par PUTNAM. (*Ibid.*, 27 oct.) — Méningite consécutive à la grippe, guérison, par PLUMMER. (*Brit. med. j.*, 10 sept.) — Mélancolie avec stupeur, suite d'influenza, hypothermie, mort, méningo-encéphalite infectieuse, par PARET. (*Lyon méd.*, 9 oct.) — Double névro-rétinite consécutive à l'influenza, par HARTRIDGE. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 20 oct.) — Sur la myélite grippale, par FIESSINGER. (*Gaz. méd. Paris*, 17 sept.) — Hémiplégie faciale d'origine centrale à la suite de l'influenza, par B. ZANIBONI. (*Riforma medica*, 23 juin, p. 795.) — Les symptômes vaso-moteurs de la grippe, par ALISON. (*Rev. gén. de Clin.*, 22, p. 341.) — De la toux spasmodique post-grippale, par ODDO. (*Marseille médical*, 13, p. 421.) — Sur l'aortite aiguë d'origine grippale, par FIESSINGER. (*Gaz. méd. Paris*, 5 nov.) — Sur la néphrite grippale, par DIART. (*Rev. gén. de Clin.*, 23, p. 361.) — Un cas d'albuminurie intermittente consécutive à une néphrite grippale, par LECORCHÉ et TALAMON. (*La Médecine moderne*, 8 septembre.) — Oreillons et tuméfaction parotidienne dans la grippe, par FIESSINGER. (*Gaz. méd.

Paris, 24 septembre.) — Péritonite suite d'influenza, par L. Isnardi. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mars, p. 284.) — Considérations sommaires à propos de deux cas de pseudo-hypertrophie musculaire unilatérale des membres inférieurs d'origine grippale, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Traitement de la grippe par la salipyrine, par Witting. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 30.)

Grossesse. — Notes sur l'état de la bouche et des dents pendant la grossesse, par Elliott. (*Birmingham med. review*, juillet.) — Signe d'Hegar de la grossesse, par Sonntag, (*Americ. j. of obst.*, août.) — Un cas de grossesse après opération d'Alexander, par Rivière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juin.) — Des hémorragies internes pendant la grossesse, par Sutugin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — Des hémorragies internes de l'utérus gravide, par Demelin. (*Rev. gén. de Clin.*, 40, p. 628.) — Remarques sur le traitement radical de certains cas d'hémorragies internes utérines chez des gravidiques, par Storer. (*Boston med. journ.*, 20 oct.) — Diagnostic de la grossesse extra-utérine, par Taylor. (*Lancet*, 17 sept.) — Diagnostic de la grossesse ectopique au début, par Édis. (*Brit. med. j.*, 22 oct.) — Du diagnostic différentiel de la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et de la grossesse extra-utérine, par Rosenstein. (*Cent. f. Gynæk.*, 15 oct.) — Fausse grossesse tubaire, par Pichevin. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 sept.) — Etiologie de la grossesse extra-utérine, par Engstrom. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — La caduque dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, par Ayers. (*Americ. j. of obst.*, sept.) — 54 cas de grossesse molaire, par Parvin. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — Moles et avortements tubaires, par Sutton. (*Lancet*, 12 nov.) — Grossesse tubaire droite de trois mois, fœtus mort, pyosalpingite gauche, fibrome utérin, guérison, par Le Bec. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Cas de grossesse tubaire, les deux trompes gravides, opération, guérison, par Galabin. (*Ann. de gynéc.*, nov.) — Des grossesses extra-utérines, par Martin. (*Ibid.*, oct.) — Sur la grossesse extra-utérine, par Martin, Alban Doran, etc. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 21 septembre.) — Observation de grossesse dans un utérus bicorne, fausse couche de trois mois, par Charier. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, p. 21.) — Grossesse extra-utérine, par Ricletts. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — Grossesse tubaire, mort par hémorragie interne, par V. Gross. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 246, 15 avril.) — De la grossesse ectopique tubo-péritonéale, par Webster. (*Rep. from laborat. of college of phys. Edinburgh*, IV, p. 187.) — Grossesse tubaire, double opération, guérison, par Walter. (*Brit. med. j.*, 1er oct.) — Grossesse tubaire de sept mois, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 juillet.) — Quatre cas de grossesse extra-utérine, par Schneider. (*Berl. klin. Woch.*, 25 avril.) — Grossesse dans l'utérus bicorne, par Stoll. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — De la grossesse extra-utérine, par Mandelstam. (*Ibid.*, XXV, 1.) — Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, par Strauch. (*St. Petersb. med. Woch.*, 15 août.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par Tipjakoff. (*Cent. f. Gynæk.*, 15 oct.) — Une laparotomie pour grossesse extra-utérine, par d'Ambrosio. (*Progresso medico*, 10 janvier.)

Gynécologie. — L'enseignement de la gynécologie en France, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 septembre.) — Eléments pratiques de gynécologie, par A. Rheinstaedter. (*Berlin.*) — La nouvelle clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Leipzig, par Dœderlein. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 735, 18 juillet.) — La position pour l'obstétrique et la

gynécologie, par POTTER. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — Résection sacrée, sa place en chirurgie gynécologique, par MONTGOMERY. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — Opérations combinées de gynécologie, par EDEBOHLS. (*Ibid.*, sept.) — Application de la galvanocaustie thermique à la gynécologie, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, juillet.) — La kinésithérapie gynécologique, par STAPFER. (*Ann. de gyn.*, août.)

H

Helminthes. — Des névroses vermineuses, par THERMES (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 2 octobre.) — De l'étiologie des abcès vermineux, par IMMERWOHL. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.) — Sur quelques cas de fausse helminthiase, par DE NABIAS. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juin.) — De la bilharziose, par RUTIMEYER. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 22). — De la ladrerie chez l'homme par BÉRENGER-FÉRAUD. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Sur un cas d'anguillule intestinal, par RIVA (*Sperimentale*, n° 1.) — De la vie du distoma hepaticum, par LUTZ. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, 25, p. 783.) — Sur le gros distome hépatique américain, par LEUCKART (*Ibid.*, XI, 25, p. 797.) — L'embellate d'ammoniaque comme antihelminthique, par G. CORONEDI. (*Progresso medico*, 10 avril.) — Le thymol comme antihelminthique, par SONSINO. (*Lancet*, 19 novembre.)

Hémophilie. — Hémophilie, pathologie, traitement, par WATKINS. (*N. York med. journ.*, 13 août.)

Hémorragie. — Hémorragie mortelle de la fémorale produite par un abcès escharotique de la région inguinale, par HOMANS (*Boston med. Journal*, 28 juillet). — Recherches sur les hémorragies utérines puerpérales ou non, par VAN DER VEER. (*Americ. j. of obst.* nov.) — Traitement de certaines hémorragies rebelles par la révulsion sur la région hépatique ou splénique par PETIT. (*Bull. de thér.*, 30 août et *Union médicale* 13 septembre.)

Hémorroïde. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorroïdes, par A. NANNOTTI. (*Riforma medica*, 27 juillet.) — Traitement des hémorroïdes internes par la chrysarobine, par MACDONALD. (*Lancet*, 22 oct.) — Du traitement des hémorroïdes par les injections phéniquées (*R. S.* M., XXXI, 676), par ROUX. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 242, avril.)

Hérédité. — Hérédité d'une affection due à une cause accidentelle ; faits et arguments contre les explications de Weismann, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — De la gamophagie, contribution à la théorie de la fécondation et de l'hérédité, par Joseph MULLER (*Stuttgart.*) — De l'hérédité, par CHARRIN et GLEY. (*Soc. de biol.*, 29 octobre.)

Hernie. — La tuberculose herniaire, par BRUNS (*Beit. z. klin. Chir.* IX, 1.) — Hernie diaphragmatique, par ANNEQUIN (*Dauphiné méd.*, 1er avril). — Hernie inguinale étranglée, pincement latéral de l'intestin, par LYOT. (*Soc. anat. Paris*, 4 novembre.) — Eventration inguinale avec fistule stercorale spontanée, par SMITH. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Absence totale du vagin et de l'hymen ; hernies inguinales contenant les canaux de Muller aberrants; création d'un vagin artificiel ; cure radicale des hernies, par SCHWARTZ. (6e *Cong. franç. chir.*, *Gaz. des*

hôpit., 30 avril.) — Hernie inguinale droite, taxis impossible ; réduction par anesthésie chloroformique, par Valière et Mabaret du Basty. (*Progrès médical*, 9 juillet.) — Cure radicale des hernies inguinales chez les enfants en bas âge, par Phocas. (*Mercredi méd.*, 20 juillet.) — Cure radicale de la hernie inguinale, par S. Milliken. (*N.-York med. record*, 2 juil.) La cure radicale antiseptique des hernies inguinales, par Dandelo. (*Coll. ital. di letture nella med.* VI, 6.) — La cure radicale des hernies, procédé pour la hernie fémorale, par Cheyne. (*Lancet*, 5 nov.) — Volumineuse hernie ombilicale congénitale réduite avec succès par la laparotomie, par A. Nannotti (*Il Morgagni*, août.) — De l'omphalectomie et de la suture à deux étages dans la cure radicale des hernies ombilicales, par Condamin (*Arch. prov. de chir.*, I, 3.) — De l'intervention chirurgicale dans le cas de hernies ombilicales adhérentes, par Gaston. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Traitement de la hernie ventrale consécutive à la laparatomie, par Gilliam. (*Med. News*, 13 août.) — Des difficultés et des dangers de tentatives maladroites de réduction des hernies étranglées, par Bennett (*Lancet*, 20 août.) — La perforation intestinale comme complication de la contusion herniaire, par Thiéry. (*Soc. anat. Paris*, 28 octobre.) — Bandage herniaire destiné à être porté la nuit, par Berger. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 588.) — Le traitement des hernies gangrenées, par Butz. (*Chirurg. Westnik*, janvier.) — Traitement de la hernie gangrenée, par Ransohoff. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 août.) — Du traitement de la hernie étranglée, par de Garmo (*Ibid.*) — Sur la résection primitive de l'intestin pour hernie gangrenée, par F. Storchi (*Morgagni*, juin.)

Herpès. — Herpès buccal, par Boylan. (*Journ. americ. med. ass.*, 12 novembre.) — De l'herpès zoster et de ses rapports avec les maladies infectieuses, par von Wasielewski. (*Corr. Blätt. d. allg. aerzt. vereins Thüringer*, XXI, 5.) — De l'herpès, par Fournier. (*La médecine moderne*, 26 mai.) — De l'herpès gestationis, par Fournier. (*Bull. méd.*, 28 août.)

Histologie. — Méthode rapide de déshydratation des tissus avant l'infiltration par la paraffine, par Cheatle. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Méthodes techniques d'Heidenhain, leurs avantages, par Ohlmacher. (*Med. News*, 19 novembre.)

Hôpital. — L'hôpital municipal d'Urban à Berlin, par Henri Belouet. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin). — Annales des hôpitaux de l'Etat de Hambourg, 2e année 1890, par Alfred Kast. (*Leipzig.*)

Hoquet. — Le traitement du hoquet, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 38, p. 594). — La pilocarpine contre le hoquet, par Stiller (*Centralbl. f. klin. Med.*, 42. p. 881.) — Hoquet persistant consécutif à l'influenza guéri par les feuilles de jaborandi, par Le Nobel. (*Ibid.*, 32, p. 665.)

Hydatide. — Kyste hydatique du cerveau, résection temporaire et étendue de la voûte crânienne, extirpation du kyste, par Llobet. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Kystes hydatiques des méninges, par Chapt. (*Soc. anat. Paris*, 29 juillet) — Kyste hydatique du poumon, pneumotomie, guérison, par Bouilly (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 577). — Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre, par Ollier de Vergèze. (*Thèse de Lyon.*) — Trois cas de kystes hydatiques multiloculaires du foie, par Mangold. (*Berl. klin., Woch.*, p. 21, 11 janvier.) — Kystes hydatiques du mésentère et du foie, par Brunet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 septembre.) — Echinocoque du foie, par R. Simonini. (*Morgagni* ,mai.) — Echinocoque de la paroi abdomi-

nale, par J. TREUBERG. (*Deutsche med. Woch.*, 14.) — Kyste hydatique ganglionnaire de l'aine, par DUFFAU. (*Journ. méd. Bordeaux,* 10 juil.) — Du traitement des kystes hydatiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Semaine méd.*, 16 novembre.)

Hydroa. — De l'hydroa buccal, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.)

Hygiène. — Traité d'hygiène et de santé publique, par STEVENSON et MURPHY. (2 vol., *Londres.*) — L'hygiène publique en Angleterre en 1891, par M. PISTOR (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXIV, p. 337.) — Hygiène et salubrité de l'école, traité d'hygiène scolaire, par LAFFON. (in-18, 136 pages. *Paris.*) — La conférence sanitaire internationale de Venise, par A.-J. MARTIN. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 377, mai.) — La prophylaxie sanitaire internationale contre les maladies exotiques et la conférence sanitaire de Venise, par PAGLIANI. (*Riv. d'igiene,* 3 et 4.) — Législation sanitaire nationale et quarantaines, par WALCOTT. (*Boston med. Journ.*, 29 septembre.) — Ordonnance de Posen concernant la formation des commissions sanitaires. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundheitspflege*, XXIV, p. 325). — Etat sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889, par CLÉMENT (*Lyon méd.* 18 septembre.) — Des conditions de l'hygiène à Beauvais, statistique par DARDIGNAC (in-8°, p. 256, *Beauvais.*) — Enquête sanitaire sur l'hygiène urbaine dans les villes françaises, par BECHMANN. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 509, juin.) — Compte-rendu de l'exposition internationale de la Croix Rouge à Leipsig (matériel sanitaire d'armée, alimentation etc.), par W. ROTH, (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXIV, p. 403). — Nouveaux progrès de la police des épidémies en Angleterre (déclaration obligatoire ; hôpitaux d'isolement; désinfection, surveillance du commerce de lait) par KURSTEINER. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte,* p. 225, 1er avril.) — Fonctionnement en 1891 du service d'informations concernant les maladies épidémiques dans l'arrondissement de Nancy, par PARISOT. (*Rev. méd. de l'Est,* 15 sept.) — Note sur les réformes à apporter à la nomenclature des établissements classés par G. DROUINEAU. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 315, avril.) — La protection des ouvriers contre les accidents du travail, par E. ROTH (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundheitspflege,* XXIV, 277.) — Affection épidémique due à la vase laissée par les inondations dans le district d'Oppeln, par SCHMIDTMANN. (*Hyg. Rundsch.*, II, 520). — De la consanguinité dans le mariage, par REGNAULT. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 21 septembre.) — Des rapports de la taille avec le bien-être, par G. CARLIER. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVIII, 294, avril.) — De l'influence des exercices corporels sur la durée de la vie, par MADISON TAYLOR. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 4 juin, p. 705. — Règlement italien sur la police mortuaire. (*Mouvement hygiénique*, VIII, 186 et 225.) — De l'administration sanitaire relative aux passagers des steamers, par ARMSTRONG. (*Bost. med. Journ.*, 10 novembre). — L'éclairage dans les wagons de chemins de fer, par SCHŒLLER. (*Ann. d'hyg.*, mai.) — Moyen d'assurer la désinfection publique dans toutes les communes, par MIREUR. (*Cong. Assoc. franç., Bull. méd.*, 5 oct.) — Trois lois récentes sur les habitations ouvrières en Belgique, en Angleterre et en Autriche, par E. CHEYSSON. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 289, avril.) — Compte rendu du conseil supérieur d'hygiène publique sur les rapports annuels des comités de patronage pour habitations ouvrières. (*Mouvement hygiéniq.*, VIII, 196, 230 et 267.) — La pénurie des petits logements dans les grandes villes et les moyens d'y remédier, par Heinrich ALBRECHT. (*Munich* 1891, et *Hyg. Runds.*, II, 296.) — Etude d'hygiène sur les matériaux de construction les plus courants à Rome, par H. SERAFINI. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 528.) — Expériences de chauffage par les poêles, par E. von

Esmarch. (*Zeitschrf. f. Hyg.* X, et *Hyg. Rundsch.* II, 490.) — Discussion de la Société de médecine publique sur le chauffage des habitations. (*Rev. d'hyg.,* XIV, 349, avril.) — Le chauffage par la vapeur à basse pression, par Lasius. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte,* p. 315, 15 mai.) — Les fosses mobiles à Weimar, par Gœrtner. (*Gesundheits Ingenieur*, 1891, nº 12.) — Sur quelques perfectionnements des vidangeuses automatiques, par E. Vallin (systèmes Mouras à Bordeaux, Pagliani et Rastelli à Rome; Augier). *(Rev. d'hyg.*, XIV, 328, avril.) — Les latrines à la terre, par Gottfried Schuster. (*Aarau.*) — Latrines à eau d'évier et latrines à fosses mobiles minuscules, par Parsons. (XX *Ann. Report of the med. offic. of the Loc. Govern. Board* et *Rev. d'hyg.*, XIV, p. 525.) — Les avantages du tout à l'égout combiné avec le tout à la mer pour les villes maritimes, par Livon. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 5 octobre.) — L'assainissement de Paris, par Vauthier. *(Ibid.)* — Adduction d'eau potable à Paris et évacuation des eaux d'égout, par Delthil. (*Ibid.*) — Notice du service d'hygiène de Bruxelles indiquant un moyen pratique pour s'assurer de l'étanchéité d'un branchement d'égout et découvrir les fissures qui pourraient y exister. (*Mouvem. hygién.,* VIII, 243, juin.) — Instruction ministérielle concernant l'installation des filtres à nettoyeur André dans les établissements militaires. (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Hygiène des cuisiniers de Paris. (*Bull. méd.*, 16 octobre). — Circulaire ministérielle belge du 19 avril 1892 concernant la surveillance de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires. (*Mouvement hygién.*, VIII, 191.) — Nécessité de la surveillance des viandes livrées à la consommation, par Henrot. *(Cong. Assoc. franç., Bull. méd.,* 5 octobre.) — De la cuisson des viandes d'animaux malades comme procédé pour les livrer à la consommation, par Hertwig. (R.S.M., XL, 512). (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Ges.*, XXIV, p. 392). — La viande des bêtes tuberculeuses, par Lorenz. (*Zeitschr. f. Med. Beamte* 1892 et *Hyg. Rundsh* II, 492). — La législation sur l'inspection des viandes dans les divers États de l'Empire allemand, par Wilhelm Schlampp (*Stuttgart.*) — Chiffres de saturation pour les acides gras volatils du beurre hollandais, par O.-J. Sweaving. (*Rev. intern. d. falsif.* VI et *Hyg. Rundsch,* II, 495.) — L'industrie du dessoudage des vieilles boîtes de conserves. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Coloration artificielle des oranges (pseudo-sanguines par rocelline), par A. Barillé, (*Rev. d'hyg.* XIV, p. 508, juin.) — Inconvénient des capsules métalliques plombifères pour coiffer les bouteilles de vin, par Alfred Bertschinger. (*Hyg. Rundsch.*, II, 304.) — Procédé de recherche de la teneur des vins en acide sulfureux, par Alfred Bertschinger. (*Ibid.*, II, 305.) — De l'évolution de la prostitution et plus spécialement de la maison de tolérance, par F. Regnault. (*France. méd.* 35.) — La prostitution, par Eug. Miller. (*Munich.*)

Hypnotisme. — L'hypnotisme à Paris et à Nancy, par Robertson. (*J. of ment. sc.*, octobre.) — Loi belge sur l'hypnotisme (30 mai 1892). (*Mouvem. hygiéniq.*, VIII, p. 229.) — Hypnotisme dans ses rapports avec la médecine légale, par Brown. (*Journ. americ. med. Ass.*, 12 novembre.) — Recherches sur l'hypnotisme, par Hebold (*Allg. Zeit. f. Psychiat.,* XLIX, 1). — La suggestion à l'état de veille, par Gibert. (*Gaz. des hôp.* 22 nov.) — Sur la suggestibilité, par Donath. (*Wiener med. Presse,* 31 juillet. — Complexus symptomatique constitué par l'aphagie (refus de manger), alalie, abasie et astasie, guéri par la suggestion forcée, par Caryophylis. (*Progrès méd.,* 1er octobre.) — Le traitement par suggestion dans les troubles de l'instinct sexuel, par von Schrenck-Notzing. (*Stuttgard.*) — De l'hypnotisme par les miroirs rotatifs dans le traitement de l'hystérie, par Lemoine et Joire. (*Rev. de l'hypnot.*, septembre.) — Résultats de la thé-

rapeutique suggestive, par Binswanger. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 495, 16 mai.)

Hystérie. — Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par Guinon. (*Union méd.*, 9 juillet.) — Contribution à l'étude de la contagion hystérique ou des crises par imitation, par Joire. (*Gaz. méd. Paris*, 15 octobre.) — Hystérie chez les nouveau-nés et chez les enfants au-dessous de deux ans, par Chaumier. (*Bull. méd.*, 29 juin.) — Sur un cas de vertige neurasthénique chez un hystérique, guéri par la suspension, par A. Marro (*Giormale R. Accad. di medic. Torino*, août, p. 769.) — Paralysie hystérique systématique (paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche), par Babinski. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juillet.) — Hystérie simulant la syringomyélie, par Rosso, Limo. (*Med. Obozrénie*, XXXVIII, 15.) — Valeur séméiologique de l'anesthésie du pharynx et de l'épiglotte comme stigmate de l'hystérie, par Mossé. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Contracture hystérique du diaphragme, par T. Legnani. (*Rivista clinica e terap.*, 6, p. 335.) — Syndrome vaso-moteur dans l'hystérie, par Carrieux. (*Nouveau Montpellier méd.*, 28, p. 514.) — Hyperesthésie optique dans l'hystérie traumatique, par Freund (*Neurol. cent.*, 1er septembre.) — De la nature psychique de l'amaurose hystérique, par Bernheim. (*Rev. de l'hypnot.*, sept.). — Troubles trophiques symétriques des mains et des avant-bras, d'origine probablement hystérique, par Veillon. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 4, 201.) — De l'état mental des hystériques d'après les théories psychologiques, par Laurent. (*Arch. clin.*, *Bordeaux*, 1er septembre.) — Caractères généraux des tremblements hystériques, par Oddo (*Ass. franç. pour l'avanc. des sc.*, *congrès de Marseille*, 1891). — Manie hystérique, par Van de Warker. (*Americ. j. of med. sc.* novembre.) — Un cas de coexistence d'hystérie et d'épilepsie, par Mairet. (*Montpellier méd.*, 32, p. 623). — Un cas d'hystérie mâle, par Salomone Marino. (*Morgagni*, janvier). — Un point hystérogène iliaque, symptôme unique chez deux hommes, par Mesnard. (*Ann. polyc.*, *Bordeaux.* 1er avril.) — Cas de déformation en entonnoir acquise (traumatique) de la poitrine chez un hystérique mâle, par Bernhardt. (*Deut. Arch. f. klin. Med.,* XLIX, 6, p. 604). — Note sur les effets physiologiques des instillations de chlorhydrate d'hyoscine, chez les hystériques mâles, par Daguillon. (*Tribune méd.*, 28 juillet.)

I

Idiotie. — De l'atrophie du cerveau dans l'enfance et considération sur la craniotomie dans l'idiotie, la paralysie et l'épilepsie, par A. Starr. (*New York med. record*, p. 15, 23 janvier.)

Inflammation. — Inflammation et hypertrophies inflammatoires, par Letulle. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Pathologie comparée de l'inflammation, par Giraudeau. (*Ibid.*, novembre.) — Etude de l'antiphlogose, par Gamaleia. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.)

Infection. — Tumeurs malignes et maladies infectieuses, par Spronck. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 10.) — Modifications du sérum chez les animaux prédisposés à l'infection streptococcique, par Roger. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.)

Injection. — Contribution à l'asepsie dans la thérapeutique hypodermique, par Barthélemy. (*Acad. des Sc.*, 12 septembre, et *France méd.*, 44.) — Historique de la méthode thérapeutique basée sur l'injection des extraits organiques, par d'Arsonval. (*Bull. Acad. méd.*, 21 juin.) — La médication hypodermique, les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, par Peter. (*Bull. méd.*, 20 novembre.) — Effets généraux des injections de liquides organiques, par Onimus. (*Soc. de biol.*, 29 octobre.) — Des injections de liquides organiques, par Egasse. (*Bull. de thérap.*, 30 oct.) Les tubes de Freysoldt pour liquides stérilisés d'injections hypodermiques, par Philippi. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 711, 11 juillet.) — Expériences sur l'emploi chirurgical des solutions salées sodiques, par Tavel. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 12, p. 382, 15 juin.) — Sur l'action de la thiosinamine en injections sous-cutanées, par Von Hebra. (*Cong. int. de dermat.* et *Ann. de dermat.*, III, 11.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par Deschamps. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Les accidents des injections intra-utérines, par Troquart. (*Mercredi méd.*, 16 novembre.) — Nouvel appareil à injections hypodermiques, par Bay. (*Acad. des Sc.*, 31 octobre.)

Insolation. — Un coup de chaleur statique, par Sartorius. (*Münchener med. Woch.*, 38, p. 670.) — Deux cas de coup de chaleur, par Stowell. (*Boston med. Journal*, 10 novembre.)

Intestin. — Le suc intestinal des mammifères comme agent de la digestion, par Schiff. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Contribution à l'étude des névroses intestinales, par Stein. (*Wiener med. Wochenschr.*, 20 et 21.) — Contribution à l'étude de l'entéroptose, par Krez. (*Münchener med. Woch.*, 35, p. 616.) — La microbiologie des diarrhées infectieuses, par Barbier. (*Rev. gén. de Clin.*, 30, p. 467.) — De la putréfaction intestinale dans la constipation, par Pfungen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — Salol dans la diarrhée, par Fussell. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Emploi de la strychnine et de la digitale dans la diarrhée, par Hendley. (*Practitioner*, août.) — Le ferment digestif du carica-papaya dans les troubles gastro-intestinaux, par Woodbury. (*N. York med. journ.*, 30 juillet.) — Entérite infectieuse due à l'usage du lait non cuit, par Gaffky. (*Deutsche med. Woch.*, 14.) — Nouveau traitement de la diarrhée de Cochinchine, par Le Dantec. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Anatomie du cœcum et de l'appendice au point de vue de la pathologie de la pérityphlite, par Turner. (*Chirurg. Westnik*, mars.) — Les limites de la médecine et de la chirurgie dans les maladies de l'appendice ileo-cœcal, par Ch. Ball. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 193, septembre.) — 27 obs. d'appendicite, par Poncet et Jaboulay. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Appendicite; fistule appendiculaire siégeant au niveau de la région sacro-iliaque, par Villar. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.) — Appendicite, par Potherat. (*Rev. gén. de Clin.*, 27, p. 440.) — Cas d'appendicites, par Elliot. (*Boston med. Journal*, 4 août.) — Un cas d'appendicite rapidement mortel, par Tuttle. (*Ibid.*, 3 novembre.) — Remarques sur le traitement chirurgical de l'appendicite, par Richardson. (*Ibid.*, 4 août.) — Traitement de l'appendicite, par Worcester. (*Ibid.*, 4 août.) — Deux cas d'appendicites récidivantes, opération entre les attaques, guérison, par Homans. (*Ibid.*, 28 juillet.) — De l'appendicite infectieuse aiguë sans perforation ni gangrène de l'appendice, par Margery. (*Thèse de Lyon.*) — Appendicite, phlegmon intra-péritonéal, péritonite circonscrite, laparotomie, guérison, par Regnier. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.) — Appendicite, laparotomie, guérison, par Tachard. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 9 octobre.) —

Appendicite, opération, mort, par Hodgmann. (*N. York med. journ.*, 8 oct.) — Appendicite, péritonite aiguë, laparotomie, mort, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — 5 cas de résection de l'appendice vermiculaire pour pérityphlite, par Rocher. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 382, 15 juin.) — Traitement de la pérityphlite, par L. Revillod. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 373, juin.) — Insuccès dans le traitement de l'appendicite, par Laplace. (*Med. News*, 29 octobre.) — Tuberculose du cœcum simulant le cancer, par Estor. (*Nouveau Montpellier médical*, 4, p. 517.) — Contribution à l'étude de l'extirpation du cœcum pour tuberculose, par Sachs. (*Arch. gén. de méd.,* novembre.) — Fistule stercorale datant de cinq mois, survenue après la laparotomie, et paraissant consécutive à l'ouverture spontanée d'une ovarite suppurée dans l'S iliaque, entérorraphie, guérison, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 573.) — Des perforations traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales, par Tianef. (*Thèse de Montpellier.*) — Du sarcome primitif de l'intestin grêle, par Baltzer. (*Arch. f. klin. Chir.,* XLIV, 4.) — Cancer de l'S iliaque, intussusception et occlusion intestinale, opération, résection de l'intestin, guérison, par Hartley. (*N. York med. journ.*, 22 octobre.) — Deux cas de plaies de l'intestin, l'une par coup de pied de cheval, mortelle par perforation de l'intestin, l'autre par roue de voiture, guérie malgré l'issue de toute la masse intestinale et les déchirures multiples du péritoine, par Langenbuch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 521, 23 mai.) — Sur une méthode de suture intestinale, par F. Spallitta. (*Riforma medica*, 30 juin, p. 855.) — De l'anostomose intestinale, par Butignot. (*Thèse Genève.*) — Nouvelle technique d'entérorraphie diminuant de moitié le nombre des points de suture, par Connell. (*New York med. record*, 17 septembre.) — Expériences sur le nouveau procédé de jéjunostomie, par Maydl. (*Wiener med. Wochenschr.*, 20.) — De la gastro-entérostomie, par Haasler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Technique de la gastro-entérostomie, par Brenner. (*Wiener klin. Woch.*, 26.) — A propos d'un nouveau cas de gastro-entérostomie et de jéjuno-duodénostomie, par Jaboulay. (*Arch. prov. de chir.,* I, 5.)

Iris. — Anomalies congénitales du bord pupillaire, par Weinbaum. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, septembre.) — Pupillostatomètre, par Ostwalt. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 7.) — Prolapsus de l'iris par traumatisme, par Franke. (*Deutsche med. Woch.*, 15.) — Deux cas d'iritis traumatique, par Gorand. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er avril.)

K

Kyste. — Kyste congénital du côté droit du cou (séreux) chez un enfant de 3 semaines. Ablation après 4 ponctions, par Ed. Martin. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 390, juin.) — Kyste dermoïde à contenu huileux de la région auriculo-mastoïdienne, par Estor. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 septembre.) — Double kyste du petit bassin chez un homme de 23 ans, par Schleier et Koerte. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 442, 2 mai.)

L

Lacrymal (app.). — Dacryocystite purulente des nouveau-nés (guérie par la

compression digitale), par Lange. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, septembre.) — Traitement des dacryocystites, par Truc. (*Semaine méd.*, 23 novembre.) — Le traitement des affections lacrymales des nouveau-nés, par Weiss. (*Klin. Monat. f. Augenh.*, juillet.) — Des tumeurs de la glande lacrymale, par Power. (*Opht. soc. of unit. Kingdom*, 20 octobre.) — Corps étrangers des points lacrymaux, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 août.)

Lait. — Action microbicide de l'acide carbonique dans le lait, par Nourry et Michel. (*Acad. des Sc.*, 28 novembre.) — Recherches sur la présence de bactéries dans le lait, au point de vue de l'alimentation des enfants ; de la question de la stérilisation, par Sior. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Digestibilité du lait stérilisé par le suc gastrique artificiel, par Ellenberger et Hofmeister. (*Zeitschr. f. Fleisch und Milch-Hyg.* et *Hyg. Rundsch.*, II, 426.) — Le lait stérilisé, par Legay. (*Bull. méd. du Nord*, 16 et 17.)

Langue. — Phlegmon infectieux sous-lingual, angine de Ludwig, par Guillet. (*Arch. prov. de chir.*, I, 5.) — De la glossite superficielle de Müller, par Hahne. (*Deut. med. Zeit.*, 65.) — Les tumeurs de la base de la langue, par Rosenberg. (*Deutsche med. Woch.*, 13.) — Épithéliome fibreux de la racine de la langue, par Wright. (*Amer. lar. Ass.*, 20 juin et *N. York med. journ.*, 12 novembre.) — Trois cas d'amputation de la langue, par Paci. (*Florence.*)

Laparotomie. — La question de l'asepsie dans les laparotomies, par Mironow. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 octobre.) — Des indications de la laparotomie en gynécologie, par Flaischlen. (*Berliner klinik*, 45.) — De la suture abdominale dans la laparotomie, par Ratschinski. (*Vratch*, 26.) — De la myotomie, douze laparotomies, par Tipjakoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 octobre.) — Note sur 7 laparotomies dont 5 ovariotomies, par Pomier. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 9 octobre.) — Quatrième série de 100 laparotomies, par G. Ruggi. (*Riforma medica*, 8 juin.)

Larynx. — Atlas des maladies du larynx, par Kriey. (*Stuttgart.*) — Les cliniques otologiques et laryngologiques de Vienne, par Koehler. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Sur le nerf laryngé supérieur du cheval (distribué comme chez les autres mammifères), par Munk. (*Arch. f. Physiol.*, p. 542.) — Les deux modes d'activité du larynx et sa double innervation centrale, par Raugé. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Importance de l'analgésie due à une irritation laryngienne dans l'étude expérimentale de la puissance motrice des diverses parties de l'encéphale, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, IV, 4.) — Un cas de blessure de la colonne vertébrale, rapports du larynx avec la colonne, par Scheier. (*Arch. int. de laryng.*, V, 5.) — Déformation cartilagineuse congénitale de l'épiglotte, par Schmidt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Laryngite simple avec tirage continu, par Boiteux. (*Rev. méd. Franche-Comté*, mai.) — Croup et laryngite suffocante, par Bagot. (*Rev. gén. de Clin.*, 25, p. 389.) — Croup et laryngite suffocante, par Aussilloux. (*Ibid.*, 29, p. 456.) — Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx, par Sokolowski. (*Arch. intern. de laryng.*, V, 5.) — De la pachydermie du larynx, par Kausch. (*München med. Woch.*, 29 et 30, p. 514 et 538.) — Pachydermie du larynx avec participation de l'épiglotte, par Flatau. (*Rev. int. de lar.*, novembre.) — Deux cas de pachydermie verruqueuse du larynx, par Edmund Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 454, 9 mai.) — Etiologie et traitement de l'œdème laryngé, injection de pilocarpine, par Betz. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 34.) — Tuberculose du

larynx, du pharynx et du nez, par GRAYSON. (*Med. News*, 13 août.) — Tuberculose laryngée et tuberculine, par ERWIN. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Une forme singulière d'abcès laryngé, par BARBACCI. (*Sperimentale*, 31 juillet.) — Laryngite syphilitique secondaire, par GOUGUENHEIM. (*Union médicale*, 4 avril.) — Rétrécissement syphilitique du larynx, par LAZARUS. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 17 novembre.) — De la syphilis tardive du larynx chez l'enfant, par STRAUSS. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 5.) — Des méthodes de classification dans les troubles neuro-moteurs du larynx, par RAUGÉ. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Hyperkinésies du larynx, par GOUGUENHEIM. (*Ann. de méd.*, 5 octobre.) — De la signification diagnostic de l'aphonie, par GROSSMAN. (*Wiener med. Presse*, mars, p. 374.) — Aphonie hystérique, par BACH. (*N. York med. journ.*, 22 octobre.) — Sclérose en plaques avec tremblement intentionnel des cordes vocales, par KRZYWICKI. (*Deutsche med. Woch.*, 24 mars.) — Spasme réflexe laryngé suite de distension de l'estomac, par SETON. (*Lancet*, 1er octobre.) — Du spasme respiratoire infantile, laryngite striduleuse, par THOMSON. (*Edinb. med. j.*, septembre.) — Du tubage dans les spasmes laryngés graves, par BRUCK. (*Pester med. chir. Presse*, 30.) — Un cas de vertige laryngé, par NEWCOMB. (*N. York med. journ.*, 10 septembre.) — Paralysies laryngées chez l'enfant, par ROBERTSON. (*Lancet*, 10 septembre.) — Paralysie laryngée suite de rougeole, par SMITH. (*Brit. med. j.*, 19 novembre.) — A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales, par RAUGÉ. (*Arch. inter. de laryng.*, V. 4.) — Paralysie des abducteurs, par WRIGHT. (*Americ. med. Assoc*, juin.) — Paralysie des abducteurs des deux cordes vocales, par WRIGHT. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 octobre.) — Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs après une trachéotomie pour croup, par MASINI. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 10.) — Le tubage et la trachéotomie contre la sténose aiguë laryngée chez l'enfant; à quel degré le tubage a-t-il remplacé la trachéotomie? par O'DWYER. (*N. York Acad. of med.*, 20 octobre.) — De l'intubation, par GALATTI. (*Wiener med. Wochens.*, 20 à 22.) — 400 cas de tubage du larynx ; 139 guérisons, par WAXHAM. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Le tubage du larynx chez l'adulte, par MASSEI. (*Arch. ital. di laring.*, XII, 3.) — Plaie par suicide, section complète du larynx et de la gorge, suture, survie de quelques heures, par HULKE. (*Lancet*, 20 août.) — Squelette du cou d'un pendu avec fracture des cornes supérieures du cartilage thyroïde, par ROSE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 juillet.) — Des fractures des cartilages du larynx, par HEYMANN. (*Arch. int. de laryng.*, V. 5.) — Sangsue dans le larynx, extraction par les voies naturelles, par FICANO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 9.) — 5 cas de tumeurs laryngées, papillome, chordite, fibrome, par SPOHR. (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, juillet.) — Formes rares de tumeur laryngée, myxome, fibrome, par MAC COY. (*Americ. lar. Assoc.*, 20 juin.) — Tumeur du larynx, volumineux fibromyxome, par SWAIN. (*Ibid.*) — Papillomes du larynx chez deux jumelles, apparition des tumeurs chez l'une à 2 ans, chez l'autre à 18 ans, ablation, par MORITZ. (*Manchester med. soc.*, 16 novembre.) — Papillome du larynx, par GIBSON. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Papillome de l'épiglotte, par THRASHER. (*Ibid.*) — Un cas de papillome du larynx, par WAXHAM. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Un cas de papillome de l'épiglotte, par THRASHER. (*Ibid.*, juin.) — Guérison spontanée de papillomes laryngés après la trachéotomie, par WHITE. (*Ibid.*, juin.) — Thyrotomie pour papillome du larynx, récupération de la voix, par LENDON. (*Australas. med. Gaz.*, 15 août). — Sarcome sous-glottique enlevé par les voies naturelles, pas de récidive 18 mois après l'opération, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 508, 23 mai.) — Cancer du larynx, par GOUGUENHEIM. (*Semaine méd.*,

24 août.) — Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par Gottstein (*Deutsche med. Woch.*, 12 mai, p. 421.) — Accidents cardiaques consécutifs à la laryngectomie, par Grossmann. (*Club méd. Vienne*, 19 octobre.) — Sur un cas d'extirpation totale du larynx, pour épithélioma, par Orecchia. (*Riforma medica*, 31 août.) — Un cas d'ablation totale du larynx pour cancroïde ; pas de récidive au bout de 7 mois, par Julius Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 501, 21 mai.) — Laryngectomie partielle pour cancer, par Abbe. (*N. York practitioner soc.*, 4 novembre.)

Lèpre. — Etiologie de la lèpre, par G. Fitch. (*New York med. record*, 10 septembre.) — Sur l'étiologie de la lèpre, par Azoulay. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 25 septembre.) — De la lèpre en Bretagne, par Prouff et Baret. (*Bull. Acad. méd.*, 23 août et *Bull. méd.*, 24 août.) — Lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées, par Lajard ; *idem*, par Magitot. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — Nouvelle forme de lèpre chez les cagots des Pyrénées, par Lajard. (*Soc. anat. Paris*, 21 octobre.) — Sur de nouveaux foyers de lèpre en Europe, par Neumann. (*Wiener med. Presse*, 11 septembre.) — Notes sur la lèpre à Kashmir, par Neve. (*Lancet*, 10 septembre.) — Culture d'un bacille qui paraît être celui de la lèpre, par Campana. (*Cong. de Vienne; Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Sur le mode de réaction, des cellules du léprome et des bacilles lépreux sous l'action de quelques irritants employés localement, par A. Risso. (*Riforma medica*, 6 août.) — De l'infiltration caséo-calcifiée des nerfs dans la lèpre, systématisée nerveuse pure, par Marestang. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Etude clinique de la lèpre basée sur quatre-vingts observations inédites, par Boinet. (*Marseille méd.*, 19 et 20.) — Cas de lèpre tuberculeuse, par L. Perrin. (*Marseille méd.*, 17, p. 584.) — Élongation des nerfs dans la lèpre, par Cramer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.)

Leucémie. — 2 cas de leucémie, par Hansemann et Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, p. 365, 11 avril.) — Un cas de leucémie et diabète, par Rebitzer. (*Prager med. Woch.*, 3 août.) — Maladies des voies lymphatiques cutanées au point de vue anatomo-pathologique, par Paltauf. (*Cong. de Vienne ; Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Leucémie de la peau, par Riehl. (*Ibid.*) — Lymphosarcomatose, par Koebner. (*Ibid.*) — Leucémie, par A. Cardarelli. (*Morgagni*, mars, p. 175.) — Contribution à l'étude de la leucémie, par Litten. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 26.) — Un cas de leucémie offrant dans la substance musculaire du cœur certains corpuscules spéciaux, par Monro. (*Glasgow med. journ.*, p. 349, mai.) — Leucémie, mort par hémorragie rétro-péritonéale, par Oliver. (*Americ. J. of med. sc.*, novembre.) — De la leucocythémie, par Muir. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.)

Lèvre. — Cancroïde de la lèvre supérieure, enfant de 14 ans, par Janin. (*Lyon méd.*, 4 septembre.) — Kysto-adénome sébacé, cancer papillaire de la lèvre, par Boheman. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 17.)

Lipome. — Lipome du dos, fillette de 2 ans, par Vaughan. (*Brit. med. j.*, 22 octobre.) — Lipome du front, par J. Treuberg. (*Deutsche med. Woch.*, 14.) — Lipome de la région sacro-coccygienne, par Donnadieu et Carrière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 septembre.)

Locomotion. — De la claudication intermittente, par oblitération artérielle, par Lamy. (*Gaz. heb. Paris*, 19 novembre.) — L'astasie et l'abasie, par E. de Renzi. (*Riforma medica*, 21 juillet.)

Lupus. — Lupus pernio, par Tenneson. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 nov.) — Lupus érythémateux, par Morris. (*Cong. int. de dermat.*, *Ann. de dermat.*, III, 11.) — Du lupus, par Milton. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Traitement du lupus, par du Castel. (*Union médicale*, 9 avril.) — Traitement local et non chirurgical du lupus tuberculeux, par du Castel. (*Rev. gén. de Clin.*, 36, p. 568.) — Du lupus tuberculeux, nouveau mode de traitement, par Chont. (*Thèse de Nancy.*) — Traitement du lupus à nodules disséminés, par Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 septembre.)

Luxation. — 8 cas de luxation susacromiale de la clavicule, dont 3 incomplètes, par Peter Defranceschi. (*Berlin. klin. Wochens.*, 575, 13 juin.) — Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule articulaire, par Ricard. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 1er novembre.) — Arthrotomie pour luxation ancienne du coude en arrière, par Hotchkiss. (*N. York med. journ.*, 13 août.) — Sur une déformation rare du poignet, par Redard. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Luxation métacarpo-phalangienne du pouce droit en arrière ; réduction très laborieuse, par Guermonprez. (*Bull. soc. sc. méd. Lille*, 25 mai.) — De l'arthrotomie et de la résection dans les luxations irréductibles du pouce en arrière, par Lamberger. (*Thèse de Lyon.*) — Luxation simultanée de la 1re et de la 2e phalanges du médius, par Sayre. (*N. York med. journ.*, 1er octobre.) — Luxation lombaire, par Nélaton. (*Revue d'orthop.*, 1er novembre.) — De la luxation périnéale du fémur, par Riedinger. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 583 et *Mercredi méd.*, 14 septembre.) — Luxation obturatrice suite de coxalgie. Ankylose. Correction de l'attitude vicieuse par une ostéotomie trochantérienne, par Jalaguier. (*Revue d'orthop*, 1er septembre.) — Luxation spontanée dans une coxalgie blennorragique, par Karewski. (*Berl. klin. Woch.*, 21 mars.) — Ancienne luxation obturatrice, ostéotomie sous-trochantérienne, guérison, par Jalaguier. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVIII, p. 580). — Un cas de luxation coxo-fémorale congénitale coïncidant avec des malformations multiples, par Cautru. (*Revue d'orthop.* 1er novembre.) — Du traitement de la luxation iliaque du fémur, par Paci. (*Brochure, Milan.*) — Traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, par Hoffa. (*Cent. f. Chir.*, 12 novembre.) — Luxation tibio-tarsienne en avant et en dedans, par Ausset. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er octobre.)

Lymphatique. — De la diathèse lymphogène, par Jaccoud. (*Semaine méd.* 6 août.) — Tumeur ganglionnaire maligne de la région pancréatico-splénique, par Routier. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 462.) — Du traitement abortif des bubons, par Letnik. (*Wratch*, 23.)

M

Main. — Sur les empreintes de la pulpe des doigts et des orteils, par Féré et Batigne. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — Obs. d'un athérome sous-cutané du creux palmaire et considérations sur la valeur systématique de l'athérome sous-cutané avec kyste épidermoïde, par Rummer. (*Archiv. prov. de chir.*, I, 5.) — A propos d'une tumeur de la paume de la main, fibro-sarcome à myéloplaxe, par Reboul. (*Ibid.*) — Rétraction de l'aponévrose palmaire, par d'Ambrosio. (*Riforma medica*, 22 août.) — Du traitement chirurgical de la contracture de Dupuytren dite rétraction de l'aponévrose

palmaire, par Fasquelle. (*Thèse de Lyon.*) — Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts, par Péraire. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Corne cutanée de la paume de la main, par Lewin. (*Berl. klin. Woch.*, 30 novembre.) — Obs. de polydactylie, par Drake-Brockman. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.)

Mal de mer.. — Nature et prophylaxie du mal de mer, par Van Valzah. (*N. York med. journ.*, 13 août.) — Pesanteur apparente, verticale apparente et mal de mer, par Bédart. (*Soc. de biol.*, 28 mai.)

Maladie. — Sur les processus de synthèse dans les maladies, par P. Albertoni (*Archivio Ital. di Clinica medica*, 3, p. 321.) — La prophylaxie des maladies dans le Massachusetts, par Adams. (*Boston med. Journal*, 14 juillet.)

Maladies prof. — Stigmates professionnels des tireurs d'or, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 30 octobre.) — Les effets de la chaleur chez les ouvriers des raffineries de sucre, par Coplin, Devan et Sommer. (*Med. News*, 3 septembre.) — L'état du mercurialisme chez les étameurs de glaces à Fürtts, par Wollner. (*München. med. Woch.*, 30, p. 593.) — L'hygiène, les maladies et la mortalité professionnelles, par Arlidge. (In-8°, *Londres*.)

Malformation. — Inversion générale des organes, par Pineau. (*Soc. anat. Paris*, 28 octobre.) — Transposition des viscères, par Hand. (*Med. News*, 12 novembre.) — Une anomalie rare du développement fœtal (anus double, rectum et gros intestin doubles, éventration abdominale, extroversion de la vessie, absence des organes génitaux externes, vagin double, utérus didelphe, foie à double lobule aberrant), par G. Piccoli. (*Progresso medico*, 20 février, p. 104.) — Deux cas de malformations des organes génitaux de la femme (utérus double, avec col double et vagin cloisonné ; utérus double avec col unique et vagin simple), par G. Giglio. (*Riforma medica*, 22 avril.) — Accumulation de stigmates physiques chez un débile, brachycéphalie, plagiocéphalie, acrocéphalie, asymétrie faciale, atrésie buccale, syndactylie des quatre extrémités, par Magnan et Galippe. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Malformation de la lèvre inférieure, par Paget. (*Lancet*, 27 août.) — Un nouveau cas d'hermaphrodisme vrai, par Menner. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXIX, 2.) — Naissance d'un enfant sans voûte cranienne, par Loewe. (*Münchener med. Woch.*, 36, p. 636.)

Mamelle. — Mamelles surnuméraires, par Hart. (*Brit. med. journ.*, 12 novembre.) — Maladie de Paget, tumeur mammaire, nodule secondaire dans le cerveau, par Fleming. (*Glasgow med. journ.*, p. 138, février.) — Note sur un cas d'hypertrophie mammaire unilatérale, par Choupin. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Les variétés de néoplasmes mammaires et leur fréquence relative, par Williams. (*Brit. med. j.*, 10 septembre.) — Cylindrome de la mamelle, par Micheli. (*Sperimentale* XLVI, 4.) — Génération rapide d'un carcinome du sein après intervention opératoire, par Zilgien et Wilhelm. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Massage. — L'art du massage, par Creighton Hale. (*Londres*, 1893.) — Manuel technique de massage, par Brousse. (In-18, *Paris*.) — Valeur de la gymnastique combinée avec le massage de Brandt, par Riess. (*Deutsche med. Woch.*, 5 mai, p. 402.) — Massage dans la migraine, par Eccles.

(*Practitioner*, septembre.) — Du massage dans les maladies du système nerveux, par Massy. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 juillet.) — De l'action physiologique du massage abdominal dans la constipation chronique, par Bum. (*Wiener med. Presse*, 13 novembre.) — Sur quelques affections utérines traitées par le massage, technique du massage gynécologique, par Leblond. (*Clinique française*, août.) — Idem, par Aubeau. (*Ibid.*)

Maxillaire. — Expériences relatives à la ponction exploratrice et au lavage explorateur de l'antre d'Highmore, par Chiari. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore avec sécrétion de pus fétide, par Natier. (*France méd.*, 22, p. 337.) — Suppuration de l'antre d'Highmore, par Brown-Kelly. (*Glasgow med. journ.*, p. 100, février.) — Néoplasme malin du maxillaire supérieur droit, résection de cet os, restauration prothétique du maxillaire, par Eyssautier. (*Dauphiné méd.*, 1er oct.) — Épithélioma polykystique du sinus maxillaire droit, résection du maxillaire supérieur, par Sabrazès. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Appareil de prothèse médiate pour un cas de résection totale du maxillaire supérieur droit, par Beltrami. (*Marseille médical*, 13, p. 407.) — Contracture cicatricielle des mâchoires datant de 37 ans à la suite d'une gangrène morbilleuse, stomatoplastie avec résection partielle du maxillaire, par W. Kœrte. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 678, 4 juillet.) — Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, résection temporo-maxillaire, par Capony. (*Thèse de Lyon.*) — Luxation de la mâchoire en arrière, par Albert. (*Wiener med. Woch.*, 22.) — Fracture du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, par Estor. (*Montpellier médical*, 32, p. 630.)

Médecine (Histoire). — Les Chinois et leurs idées en médecine, par Cohn. (*New York med. record*, 22 octobre.) — La doctrine de Stahl et son influence sur la médecine clinique, par Petersen. (*Wien. med. Wochenschr.*, 28.) — L'histoire de la chirurgie, par A. Richet. (*Rev. scientif.*, 19 novembre.) — Celse, par J. Finlayson. (*Glasgow med. journ.*, p. 321, mai.) — Harvey et ses successeurs, par Bridges. (*Lancet*, 29 octobre.)

Médecine légale. — De la responsabilité médicale, par Merlin. (*Thèse de Lyon.*) — De la valeur du témoignage des enfants en justice, par Rassier. (*Thèse de Lyon.*) — Décret bavarois du 22 juillet 1891 sur l'obligation pour le personnel médical de faire la déclaration des cas de maladies contagieuses. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXIV, 327.) — De la responsabilité pénale du médecin qui emploie le chloroforme ou d'autres anesthésiques, par J. Borntraeger. (*Berlin.*) — Quatre crânes d'assassins, par C. Lombroso. (*Giorn. Ac. di med. Torino*, août, p. 772.) — Les organes destinés à l'expertise chimique, note critique sur les procédés divers pour les recueillir dans les autopsies, par L. Garnier. (*Ann. d'hyg. publ.*, p. 227, mars.) — Assassinat commis par un épileptique, par Ernest Chambard. (*Ibid.*, XXVII, 459, mai.) — Troubles mentaux consécutifs à des coups sur la tête, inculpation de faux témoignage, par R. Krœmek. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 288, avril.) — Cadavre pendu. Y a-t-il eu suicide ou homicide, par Von Bergmann et Skrzeczka. (*Ibid.*, IV, p. 1, octobre.) — Les blessures par chemins de fer au point de vue médico-légal et clinique, par Herbert W. Page, traduct. allemande par Placzek. (*Berlin.*) — Les suites des traumatismes envisagées au point de vue des assurances contre les accidents et de la simulation, par Lauenstein. (*Deutsche med. Woch.*, 15.) — Accusation d'assassinat, mort provoquée par une inanition lente, étude médico-légale, par C. Cantalamessa. (*Morgagni*, septembre, p. 545.) — Identité reconnue par les cicatrices et autres marques, par

Greenleaf. (*N. York med. journ.*, 29 octobre.) — Mort subite par introduction de matières alimentaires dans les voies respiratoires, par Coutagne. (*Soc. de méd. lég.*, 14 novembre.) — Infanticide par ingestion de fragments d'éponge, par Cazeneuve. (*Ibid.*, 14 novembre, et *Lyon méd.*, 27 novembre.) — Considérations médico-légales à propos d'une affaire d'avortements multiples, par Vibert. (*Soc. de méd. légale*, 14 novembre.)

Médecine milit. — La médecine militaire dans l'antiquité, par Corlieu. (*Rev. scientif.*, 29 octobre.) — La médecine militaire dans les armées grecques et romaines, par Corlieu. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 5 octobre.) — Guide pratique de l'ambulancière, par Bouchard et Sudre. (In-8°, 240 p., *Bordeaux.*) — Hygiène des navires de guerre, traité d'hygiène navale de Pluncet dont les dispositions viennent d'être rendues obligatoires dans la marine autrichienne, étude, par Gros. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — La morbidité et la mortalité des troupes coloniales, par Lagneau. (*Bull. Acad. méd.*, 16 août.) — L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique, par Reynaud. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Des premiers soins à donner aux hommes légèrement blessés sur le champ de bataille, par Langenbuch. (*Deutsche med. Woch.*, 5 mai.) — De la nécessité de multiplier les moyens de transport pour les blessés, par Port. (*Münchener med. Woch.*, 39, p. 683.) — Du service des porteurs de blessés dans la future guerre, par Haase. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 654, 27 juin.) — L'importance des nouvelles armes à feu pour la chirurgie de guerre, par Paul Bruns. (*Ibid.*, p. 606, 20 juin.) — *Idem*, par Reger. (*Ibid.*, p. 626 et 711, 11 juillet.) — Étude pratique sur l'aménagement des voitures auxiliaires pour le transport des blessés, par Ecot. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.)

Médecine opér. — Médecine opératoire, par Kocher. (*Iena.*) — La tente opératoire aseptique du professeur Subotin, par Dobrjansky. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 595, 13 juin.)

Mélanose. — Du cancer mélanique, par Snow. (*Lancet,* 15 octobre.)

Méninge. — Les granulations de Pacchioni, les lacunes veineuses de la dure-mère, par Trolard. (*Journ. de l'anat.*, janvier.) — Note sur un cas de méningite cérébro-spinale, par W. M'Lachlan. (*Glasgow med. journ.*, p. 90, 9 août.) — Méningite basilaire suite d'otite moyenne purulente chronique, par Knapp. (*Americ. otol. Soc.*, 19 juillet.) — Pyohémie suite d'otite aiguë suppurée, par Emerson. (*Ibid.*) — Pseudo-méningite chez un garçon de huit ans, par Mesnard. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er octobre.) — Trépanation dans la méningite, par J.-S.-M. Ardle. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 17, juillet.) — Hémorragie méningée, par Josué. (*Soc. anat. Paris*, 11 novembre.) — Sur un cholestéatome méningé, avec des poils et des glandes sébacées, par Max. Bonorden. (*Ziegler's Beiträge z. path Anat.*, XI, 4, p. 593.) — Gliosarcome de la dure-mère, par Breton. (*Rev. mal. de l'enf.*, septembre.)

Menstruation. — Note pour servir à l'histoire des rapports entre la menstruation et le développement du fœtus, par Lang. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Signification clinique de la menstruation au sujet de l'aptitude de la femme à concevoir, par V. Ciccone. (*Morgagni*, mai.) — Physiologie de la menstruation, par Keiffer. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 septembre.) — Anomalie de la menstruation, par Terrier. (*Ann. de gyn.*, août.) — Persistance de la menstruation après l'hystérectomie

abdominale, par LAURENT. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 septembre.) — Observations sur les causes et le traitement de la dysménorrhée, par TH. MORE MADDEN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 372, mai.) — Hygiène de la puberté chez les jeunes filles, par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Rev. gén. de Clin.*, 41, p. 651.) — L'aménorrhée des jeunes filles et son traitement, par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Ibid.*, 44, p. 696.) — Le traitement de la dysménorrhée, par MUSSER. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) 8 cas de dysménorrhée grave guéris par l'application intra-utérine du courant galvanique, pôle négatif, par SMITH. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Les bains minéraux et la menstruation normale et pathologique, par MAKAWEJEW. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 1.)

Mérycisme. — Du mérycisme, par LŒWE. (*Münch. med. Woch.*, 27.)

Moelle. — Les fonctions vaso-motrices des racines postérieures, par MORAT. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Étude des cavités pathologiques de la moelle, par ROGER. (*Rev. de méd.*, août.) — Obs. de syringomyélie, par KRAUSS. (*Journ. americ. med. assoc.*, 8 octobre, et *Journ. of nerv. dis.*, novembre.) — Syringomyélie. Hémarthroses, par BRUNELLE. (*Bull. méd. du Nord*, 11 et 12.) — Étude de la syringomyélie, par HOFFMANN. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 1 à 3.) — Des lésions articulaires dans la syringomyélie, par NISSEN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — De la myélite chronique et des lésions systématiques de la moelle, par LEYDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — Altérations de la moelle à la suite des décompressions brusques, par NIKIPHOROW. (*Med. Obozrince*, XXXVIII, 15.) — De la myélite chronique et des affections systématiques combinées de la moelle, par LEYDEN. (*Berl. klin. Woch.*, 9 mai et 6 juin.) — Myélite consécutive à la fièvre catarrhale épidémique, par VON WEDEKIND. (*New York med. record*, 8 octobre.) — Étude des troubles de la parole chez un malade atteint de sclérose en plaques, par GRANDJEAN. (*Province méd.*, 8 juillet.) — Ataxie locomotrice progressive, nystagmus, hallucination, cécité et amélioration de l'incoordination motrice, par BOUCHAUD. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 nov.) — Des modifications des ganglions spinaux dans le tabes, par WOLLENBERG. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.) — Un cas de hoquet incoercible chez un tabétique, effets d'inhibition par la compression du nerf phrénique, par DAUNIC. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 10 septembre.) — Un cas de maladie de Friedreich, par MOUSSOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 août.) — Arthropathies coxo-fémorales au debut du tabes ataxique. (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 3, p. 121.) — Traitement de l'ataxie locomotrice progressive, par E. LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril et 2 mai.) — Chirurgie de la moelle et des racines médullaires, par CHIPAULT. (*Rev. de chir.*, août.) — Etude médico-légale sur les blessures de la moelle par armes blanches ou par projectiles d'armes à feu, par KORBSCH. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IV, 76 et 227, juillet et octobre.)

Mole. — Analyse de 25 cas de moles hydatiques, par CRAIGIN. (*Boston med. Journal*, 8 septembre.)

Molluscum. — Sur l'infiltration cellulaire du corps papillaire du derme dans le molluscum et le nœvus, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat. Paris*, juillet, p. 614.)

Monstre. — Précis de tératologie, anomalies et monstruosités chez l'homme et les animaux, par GUINARD. (In-18, 553 p., *Paris*, 1893.) — Etat du système nerveux chez un fœtus anencéphale, par VON MONAKOW. (*Corr. Blatt.*

f. schw. Aerzte, 15 avril.) — Monstre anencéphale, par Cassoute. (*Marseille médical*, 12, p. 398.) — Squelettes de deux monstres célosomiens, par Guinard. (*Lyon méd.*, 2 octobre.) — Monstre humain amorphe, par Bugnion. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, p. 165.) — Sur un monstre double humain du genre ectopage, par Vialleton et Adenot. (*Lyon méd.*, 25 septembre.) — Cerveau, moelle et crâne d'un hémicéphale ayant vécu trois jours, par Arnold. (*Beit. z. path. Anat.*, XI, 4.) — Un cas de sirénomèle, par Hans Ruge. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIX, 3.) — Etude anatomique et histologique sur un monstre sirénomèle, par L. Odisio. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 441.) — Deux cas de dystocie par monstruosités chez des femmes cousines germaines ayant cinq enfants sans anomalies, par Elsaesser. (*Berl. klin. Woch.*, 29 février.) — Un nouveau cas de xyphopage vivant, les sœurs Radica-Doodica d'Orissa, par Baudouin. (*Acad. des sc.*, 21 novembre.) — Les sœurs Radica-Doodica d'Orissa, monstre xyphopage, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 20 novembre.)

Morphée. — Morphée avec macules atrophiques, par Duhring. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.)

Mort. — La mort par le refroidissement, par Ansiaux. (*Trav. du labor. de phys. de Liège*, p. 25.) — Signes de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées, par Maze. (Broch. *Paris.*)

Morve. — Diagnostic de la morve, par Nocard. (*Soc. centrale de méd. vétérinaire*, 14 août.) — Nouveau traitement de la morve, par Nourry et Michel. (*Acad. des Sc.*, 16 août.) — Sur l'importance de la malléine dans le traitement préventif, diagnostique et thérapeutique de la morve, par Bonome et M. Vivaldi. (*Riforma medica*, 25 juillet.)

Muscle. — Sur la constitution de la fibre musculaire striée, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 566.) — Modifications électriques dans les muscles, par J. Burdon Sanderson et Gotch. (*The Journal of Physiology.*, XII, p. 391.) — Sur la durée du travail de production des mouvements involontaires coordonnés, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — De l'action de l'oxalate de potasse sur le plasma musculaire comme contribution à la doctrine de la contraction et d'un nouvel antagonisme pharmacologique, par A. Cavazzani. (*Riforma medica*, 9 juin.) — Etude du sens musculaire, par Preston. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — — L'homme-muscles (athlète) Maul, par Hans Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 703, 11 juillet.) — Des crampes musculaires localisées avec hypertrophie des muscles, par Schultze. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 1 à 3.) — Du sulfonal contre les spasmes musculaires, par Andrews. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 27 août.) — Traitement chirurgical des contractures, par Bristow. (*Med. News*, 15 octobre.) — Sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques et d'écholalie, par Lemoine. (*Rev. de méd.*, novembre, et *Bull. méd. du Nord*, 17, p. 415.) — Maladie de Thomsen dans une famille atteinte de paramyotomie, par Delprat. (*Deuts. med. Woch.*, 8, p, 158.) — Un cas de maladie de Thomsen, par Benoit. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Un cas de dystrophie musculaire progressive (paralysie pseudo-hypertrophique) chez un garçon de 15 ans, par Jolly. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 593, 13 juin.) — Un cas de dystrophie musculaire progressive chez un homme de 38 ans, par Koch. (*Ibid.*) — Deux cas d'atrophie musculaire : paraplégie d'origine névritique et amyotrophie articulaire, par Vilcoq. (*Union méd. du Nord-Est*, 9, p. 261.) — De l'atrophie

musculaire progressive, par Tzélépoglon. (*Thèse de Montpellier.*) — Atrophie musculaire, lésions de la moelle, par Riley. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Un cas de développement incomplet du muscle grand pectoral chez un garçon de 11 ans, par Hagman. (*Revue d'orthopédie*, 1er septemb.) — Myosite ossifiante progressive, par Bernacchi. (*Arch. di ortopedia*, 3.) — Sur un cas de nécrose totale des muscles d'origine septique, par R. Stierlin. (*Archiv f. path. Anat.*, CXXVIII, 2.)

Mycosis. — Sur un cas de granulome fongoïde, par Marianelli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — Mycosis fongoïde d'emblée, par Riehl. (*Cong. de Vienne* et *Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Des érythrodermies du mycosis fongoïde, par Besnier et Hallopeau. (*Ibid.*) — Erythèmes et micro-organismes dans le mycosis fongoïde, par Breda. (*Ibid.*)

Myopie. — L'influence fâcheuse de l'accommodation sur les myopies de haut degré, par Fukala. (*Berlin. klin. Wochens.*, p, 558, 6 juin.)

Myxœdème. — Deux cas de myxœdème, par Gordinier. (*New York med. journ.*, 13 août.) — Hypertrophie de l'hypophise cérébrale dans le myxœdème, par Boyce et Beadles. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Pathologie et traitement du myxœdème. (*Brit. med. assoc.*; *Brit. med. j.*, 27 août.) — Quelques mots sur l'histoire du traitement du myxœdème par des injections d'un liquide extrait de la thyroïde, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Les effets du suc thyroïdien dans le myxœdème par Fenwick. (*Pathol. soc. of London*, 18 octobre.) — Deux cas de myxœdème traités par injections du suc thyroïdien, par Bouchard. (*Cong. Assoc. franç.* et *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Myxœdème congénital traité par des injections hypodermiques de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes, par Robin. (*Lyon méd.*, 7 août.) — Myxœdème traité avec bons résultats par l'alimentation avec des corps thyroïdes frais, par Mackenzie, (*Brit. med. j.*, 29 octobre.) — Idem, par Fox. (*Ibid.*)

N

Nævus. — Ancien nævus de la face ayant pris un développement monstrueux, par Villard. (*Arch. prov. de chir.*, I, 5.) — Rapports entre l'exophtalmos pulsatile et les nævi cutanés, par Israel. (*Bull. klin. Woch.*, 18 janvier.) — Nævus du péritoine, par Lane. (*Clin. Soc. of London*, 14 octobre.)

Nerf. — Sur un système tubulaire spécial des nerfs, par Blocq et Marinesco (*Soc. de biol.*, 16 juil.) — Sur les nodules hyalins circonscrits des nerfs périphériques, par Fr. Schultze. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXIX, 1.) — Sur la terminaison nerveuse dans les faisceaux musculaires et sur leur signification physiologique, par Ruffini. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — Contribution à l'étude des terminaisons nerveuses dans les poumons des batraciens anures, par G. Mondio. (*Giorn. Assoc. Napolet. di med.* 2e an., 3, p. 358.) — Sur un point de l'anatomie des nerfs dentaires postérieurs plexus et ganglions dentaires postérieurs, par Jaboulay et Villard. (*Lyon méd.*, 13 novembre.) — Distribution des nerfs dans les membranes synoviales, par Peyton et Beale. (*Proceed. of the Physiol. Soc.*, mars.) — Re-

cherches physiologiques sur l'organe terminal de la 8[e] paire nerveuse, par Richard Ewald. (*Leipzig*) — Etude d'anatomie comparée sur les nerfs lombaires du singe et de l'homme, par Anton Utschneider. (*Munich.*) — De l'influence vaso-motrice du sympathique cervical, par Cavazanni. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.) — Les phénomènes inhibitoires du choc nerveux, par Roger. (*Acad. des Sc.*, 10 octobre.) — Maladie du sympathique abdominal, par Talma. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 206.) — Sur les polynévrites consécutives aux suppurations pulmonaires et pleurales, par Fiessinger. (*Rev. de méd.*, octobre.) — De l'exaltation des réflexes dans la polynévrite, par Mouratow. (*Med. Obozren.*, XXXVII, 12.) — Deux cas de polynévrite, par Gilbert. (*München. med. Woch*,, 29, p. 516.) — Cas de névrite traumatique (auto-observation de névrite multiple supposée d'origine traumatique), par Purckhauer. (*Ibid.*, 37, p. 649.) — Des névrites périphériques, par Bristowe. Discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.* 19 novembre.) — Névrite rhumatismale avec affection particulière des articulations, par Handford. (*Ibid.*) — Varices internes comme causes de la sciatique, par Mesnard. (*Ann. polycl.*, *Bordeaux*, 1[er] oct.) — Nouveaux faits de topoalgie, par Blocq. (*Rev. gén. de clin.*, 27, p. 425.) Du courant continu dans la névralgie sciatique, par Rouveix. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre,) — Névromes plexiformes, par Arnozan. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 2 octobre.) — Chirurgie réparatrice des nerfs, par Hodges. (*Med. news*, 12 novembre.) — De la suture des nerfs, par Page. (*Practitioner*, août.) — Plaie par arme à feu du nerf sciatique, induration périphérique autour du nerf, opération, guérison, par Brown. (*Med. News.*, 22 octobre.) — Section totale du nerf médian par un éclat de verre, suture nerveuse quarante-cinq jours après l'accident, guérison complète, par Matignon. (*La médecine moderne*, 9 juin.) — Deux cas de section du nerf radial traités après suture par l'électricité, par Bernhardt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 517, 23 mai.) — Résection du trijumeau à la sortie du crâne, par Krause, (*Arch. f. klin.*, *Chir.*, XLIV, 4.) — Une nouvelle méthode pour dénuder la troisième branche du trijumeau jusqu'au trou ovale, par Krœnlein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, p. 13, et *Mercredi méd.*, 31 août.) — Résection des branches du trijumeau par la méthode de Krœnlein, par Schnitzler. (*Cent. f. Chir.*, 26 novembre.) — Modification du procédé de section du nerf maxillaire supérieur, par Chicken. (*Lancet*, 29 octobre.)

Nerveux (Syst.). — Sur un réticule nerveux spécial et sur quelques corpuscules de Pacini qui se trouvent en connection avec les organes musculo-tendineux du chat, par Ruffini. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1,) — Sur une particularité de structure de quelques racines nerveuses encéphaliques, par Staderini. (*Ibid.*, XVIII, 1.) — Sur un ganglion sphéno-palatin accessoire chez l'homme, par d'Evant. (*Giorn. del. Assoc. Napolit. di med.*, p. 89.) — Sur l'existence de centres nerveux distincts pour la perception des couleurs fondamentales du spectre, par Chauveau. (*Acad. des Sc.*, 28 novembre.) — Modifications de l'excitabilité des centres nerveux dans les premiers jours de la vie, par Aducco. (*Ann. di freniat.*, III, 2, et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — La théorie réflexe dans les maladies nerveuses, par Bremer. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Contribution à l'étude des affections nerveuses familiales et héréditaires, par Klippel et Durante. (*Rev. de méd.*, octobre.) — De l'allochirie sensorielle, sa place dans la symptomatologie des maladies du système nerveux, par Bosc. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Sur l'origine nerveuse des maladies, par Chapman. (*Broch.*, *Paris.*) — Des infections pyogènes dans les maladies nerveuses, par S. Mircoli. (*Arch. ital. di clin. med.*, 1, p. 138.)

Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans les maladies du système nerveux, par Crocq fils. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 octobre.)

Névrose. — Névroses vaso-motrices, par Bolton-Tomson. (*Lancet*, 15 oct.) Des neurasthénies locales, par Weill. (*Thèse de Nancy*.) — Des neurasthénies locales, par Huchard. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — De l'étiologie de la neurasthénie, par Joseph. (*Wien. med. Woch.*, 23.) — Névroses réflexes urétrale et génitale, par Lydston. (*Journ. Americ. med. Assoc.,* 24 septembre.) — Des troubles de la motilité dans la neurasthénie, par Pitres. (*Cong. assoc. franç. Bull. méd.*, 2 octobre.) — De l'onomatomanie, par Charcot et Magnan. (*Arch.de neurol.*, septembre.) — Un cas de migraine ophtalmique avec trouble mental épileptoïde temporaire, par Th. Zacher. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 694, 11 juillet.) — Névrose traumatique par accident de chemin de fer ou simulation? par Alexander. (*Viertelj. f. ger. Med.*, IV, 109, juillet.) — Les névroses traumatiques par Herm Oppenheim. (*Berlin.*) — Asthénopie motrice dans la névrose traumatique, par Hubscher.(*Deutsche med. Woch.*, 28 avril.) — Des modifications du champ visuel dans les névroses traumatiques, par Wildbrand. (*Ibid.*, 28 avril.) — La simulation des retrécissements concentriques du champ visuel. Considérations sur les névroses traumatiques. par Schmidt-Rimpler. (*Ibid.*, 24, p. 561.) — Le graphospasme, par H. Anderson. (*N. York med. record*, 24 septembre.)

Nez. — Maladies du nez, de ses sinus et du pharynx nasal, par Carl Rosenthal. (*Berlin.*) — Etude anatomique sur le sinus frontal et son canal, par Hartmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Rhinoscopie postérieure ou exploration digitale, par Kafemann. (*Therap. Monats* , novembre.) — Rapports entre les maladies du nez et du pharynx et quelques affections des yeux et des oreilles, par Spalding. (*Arch. of Otol.*, XXI, 3.) — Des affections intra-oculaires consécutives aux maladies du nez, par Ziem. (*Arch. int. de laryng.*, V, 5.) — Les relations entre les affections du nez et de l'oreille, par Swinburne. (*N. York. med. record*, 6 août.) — Les rapports étiologiques des affections du nez et de l'œil, par Gradle. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 10 septembre.) — L'hétérophorie cause de rhinite aiguë, perte d'odorat et bourdonnements d'oreilles, par Connor. (*Ibid.*) — Lésions naso-pharyngées dues à des troubles vaso-moteurs latéraux, par Seiss. (*Americ. med. Assoc.,* juin.) — Etiologie, symptômes et traitement des névroses nasales, par Stewart et Bronner. (*Brit. med. assoc.*, 26 juillet.) — Un cas de réflexe d'origine nasale, par Guément. (*Assoc. polyclin. Bordeaux*, avril.) — Sur un cas de pseudophotesthésie d'origine tactile, par Gradenigo. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Coryza, suppuration des cellules ethmoïdales et des tissus sphénoïdaux, lipémie, par Thirolois et du Pasquier. (*Soc. anat. Paris.*, octobre, p. 673.) — Abcès du cerveau, suite d'inflammation du sinus frontal gauche d'origine infectieuse, grippale, par Schindler. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Troubles mentaux consécutifs à une rhinite hypertrophique avec otite moyenne subaiguë, par Carpenter. (*Americ. med. assoc.*, juin.) — Maladies du sinus frontal, par Rankin. (*N. York med. journ.*, 19 novembre.) — Anatomie du sinus frontal et de son débouché; névralgies invétérées tenant à un abcès du sinus et guéries par le cathétérisme, par Hartmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 735, 18 juillet.) — Catarrhe des enfants, l'importance d'un traitement précoce, par Cline. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 22 octobre.) — Un cas d'ethmoïdite suppurée, par Bryan. (*Americ. lar. assoc.*, 20 juin.) — Sur l'épistaxis, par Hamilton. (*Practitioner*, août.) — Sur l'épistaxis et le flux hémorrhoïdaire. Unité pathogénique et identité de traitement. par A.

HARKIN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 461, juin.) — De l'épistaxis, par HOUDEVILLE. (*Thèse de Paris.*, 16 novembre.) — Un cas d'ulcération lupique du nez, par STELWAGON, (*Journ. of cut. dis.*, novembre.) — Etiologie de la rhinite fibrineuse, par LIEVEN, (*Münch. med. Woch.*, 41, 1891.) — Rhinite membraneuse, par PAIGE (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril.) — La question de la diphtérie nasale, rhinite croupale et fibrineuse, par SEDZIAK. (*Journ. of laryng.*, septembre.) — Etude de la rhinite atrophique, par WILSON. (*N. York med. journ.*, 12 novembre.) — De la rhinite atrophique relative, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Traitement de l'ozène par les pulvérisations de nitrate d'argent et de chlorure de zinc, par MOURE. (*Cong. assoc. franç. Bull. méd.*, 5 octobre.) — Hypertrophie de l'extrémité antérieure du cornet moyen, par WOOLEN. (*Americ. med. assoc.*, juin et *Journ. Americ. med. assoc.*, 22 octobre.) — Sur l'insuffisance nasale par sténose externe, par FARNHAM. (*N. York med. journ.*, 12 nov.) — De l'influence de l'obstruction nasale sur la santé générale par WATSON. (*Lancet*, 10 septembre.) — Traitement des sténoses nasales, par BENSON. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre). — Hypertrophie monstre du nez, par BOGDAN. (*Bull. soc. méd. Jassy.*, VI, 4.) — Des polypes fibro-muqueux des arrière-narines, par POUARD. (*Thèse de Paris.*, 24 novembre.) — Angiofibrome du nez, par ROSWELL PARK. (*Med. News*, 8 octobre.) — Ostéome éburné de la fosse nasale droite avec prolongement orbitaire, abcès cérébral, mort, par JAYLE. (*Soc. anat. Paris.*, juillet, p. 524.) — Rhinosclérome, par W. STORY (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 457, juin.) — Quatre cas de rhinosclérome, par DUCREY. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — Sur le traitement du rhinosclérome, par P. COLOMBINI. (*Riforma medica*, 13, septembre.) — Affections malignes de la gorge et du nez, par NEWMAN. (*Edimbourg et Londres.*) — Etiologie, symptômes et traitement du catarrhe du nez et de la gorge, par MACINTYRE. (*Brit. med. assoc.*, 28 juillet.) — Remarques sur l'emploi du galvano-cautère dans les maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, par SEDZIAK. (*Kronika lekarska*, 5.) — Air comprimé dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, par BISHOP. (*Americ. med. assoc.*, juin, et *Journ. Americ. med. assoc.*, 22 octobre.) — Serre nœud galvano-caustique pour le nez et la gorge, par LOEB. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 22 octobre.) — Suites des cautérisations nasales, par de BLOIS. (*Americ. lar. assoc.*, 20 juin.) — L'électrolyse dans les déformations de la cloison nasale, par STRAZZA. (*Boll. mal. dell'orecchio*, X, 8.) — La chirurgie esthétique du nez, par ROBERTS. (*Journ. americ. med. assoc.*, 20 août.) — De la rhinoplastie pour les nez en selle, par DIAKONOFF. (*Chirurg. Letopis.*, 1, 1891.) — *Idem*, par BOBROFF, SKLIFASSOWSKY, KUSNETZOFF, DIAKONOFF. (*Ibid.*, 4, 1892.) — Restauration des nez cassés, enfoncés, sans lambeau de la face, par Robert WEIR. (*N. York med. journ.*, 22 octobre.) — Méthode de restauration des nez affaissés, par DALY. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Correction des difformités résultant d'abcès de la cloison, par ROE. (*Americ. lar. assoc.*, 20 juin.) — Exposé clinique de la chirurgie des sinus nasaux et instrumentation appropriée, par V. COZZOLINO. (*Morgagni*, avril, p. 220.)

Nutrition. — Diagnostic différentiel des maladies de la nutrition générale par CHIAIS. (*Cong. assoc. franç. Bull. méd.*, 25 septembre.) — Nouvelle forme d'appareils pour la mesure des échanges gazeux des animaux, par J. HALDAVE. (*The Journ. of Phys.*, XIII, p. 419.)

Nystagmus. — Du nystagmus des mineurs, par BELL, COCKING, COURT HEWETSON, SNELL, etc. (*Brit. med assoc. Brit. med. j.*, 15 octobre.)

O

Obésité. — Trois cas d'une affection non décrite ressemblant à l'obésité, mais avec symptômes nerveux particuliers, adipose douloureuse, par Dercum. (*Americ. j. of. med. sc.*, novembre.) — Examen des urines dans l'obésité, par Kisch. (*Berl. klin. Wach.*, 11 avril.) — Le traitement de l'obésité, par par Towers-Smith. (*Edinb. med. journ.*, octobre.)

Occlusion int. — Diverticule de Meckel, cause d'obstruction intestinale, par Allen. (*Med. News*, 13 août.) — Un nouveau cas d'obstruction intestinale par un calcul biliaire, par Sottas. (*Franc. med.*, 28, p. 433.) — Diagnostic et symptômes de l'obstruction intestinale aiguë, par Shattuck. (*Boston med. journ.*, 11 août.) — De l'obstruction intestinale aiguë, par Homans. (*Ibid.*, 11 août.) — Un cas d'obstruction intestinale guérie par la laparotomie et la séparation des adhérences utéro-intestinales, par Richardson. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Invagination chronique du cœcum, réduction spontanée, résection, guérison, par Sharkey et Clutton. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Les dangers de l'invagination intestinale consécutive aux opérations, par F. Byron Robinson. (*New York med. record*, 13 août.) — De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations pelviennes et abdominales, par Ashton. (*Med. News*, 30 juillet.) — Occlusion intestinale, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — Volvulus traumatique de l'intestin grêle, par Turner. (*London med. soc.*, 24 octobre.) — Volvulus de l'S iliaque sans symptômes, par Beadles. (*Lancet*, 19 novembre.) — Occlusion intestinale par bride, laparotomie, guérison, par Thiéry. (*Soc. anat. Paris*, 14 octobre.) — Discussion sur l'obstruction intestinale aiguë avec considérations sur le traitement, par G. Coats, etc. (*Glasgow. med. journ.*, mars.) — De l'obstruction intestinale, diagnostic et traitement, par Wiggin. (*New York med. record*, 23 juillet.) — Traitement médical des formes aiguës, de l'occlusion intestinale, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 32, p. 503.) — Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique, par Boiffin. (*Arch. prov. de chir.*, I, 4.) — Laparotomie pour occlusion intestinale, par G. Turazzi. (*Riforma medica*, 3 octobre, p. 2).

Œdème. — Œdème transitoire localisé, par Allen Starr. (*New York med. journ.*, 17 septembre). — Variété non décrite d'œdème héréditaire, par Milroy. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Traitement de l'anasarque par les incisions de la peau, par Arnemann. (*Therap. Monats.* octobre.)

Œil. — Sur les premiers stades de l'œil humain, par G. Cirincione (*Giorn. Assoc. Napol. di med.*, 2e année, fasc. 4, p. 403.) — L'influence des muscles moteurs de l'œil sur l'expression du visage, par Stevens. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Des voies de résorption des particules colorées, injectées dans la chambre antérieure, par Tuckermann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) La méthode de coloration par le bleu de méthylène appliquée à l'œil, par Hosch. (*Ibid.*, XXXVII, 3.) — L'éducation de l'œil et la vision, par Truc. (*N. Montpellier médical*, 41, p. 803.) — Quelques réflexions sur les examens de la réfraction, par Knœpfler et Lang. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre.) — L'ophtalmomètre de Javal et l'atropine pour déterminer les erreurs de réfraction, par Davis. (*New Yord med. journ.*, 10 septembre.)

— Optomètre portatif pour la détermination rapide des amétropies et la mesure de l'acuité visuelle, par Mergier. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — Mesures optiques prises sur 50 personnes dépourvues de troubles oculaires, par Dodd. (*Opht. soc. of Unit. Kingdom*, 20 octobre.) — Application aux instruments d'optique physiologique du système métrique décimal en rapport avec la division du cadran méridien, par Presas (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Ophtalmoscope fixe optométrique, par Parent. (*Arch. d'opht.*, sept.) — Un appareil simple pour la détermination objective de la réfraction (skiascopie), par Rindfleisch. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, juin.) — Critique des études nouvelles sur l'accommodation inégale, par Hess. — Idem, par Hess et Neumann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Remarques sur la photographie du fond de l'œil, par Fick. (21[e] *Cong. d'ophth. allem.*, *Heidelberg*, 1891.) — De la périmétrie des couleurs, par Hegg. (*Arch. f. Ophthal.*, XXXVIII, 3.) — Les rapports de l'ophtalmologie avec la médecine et la chirurgie, par F. Fergus. (*Glasgow med. journ.*, février.) — Anatomie, pathologie des malformations congénitales des yeux par Hess. (*Arch. f. Ophthal.,* XXXVIII, 3.) — Microphthalmie chez un fœtus né avant terme et due à une adhérence du placenta avec la voûte cranienne, par Schilling et Giulini. (*München med. Woch.*, 31, p. 549.) — Deux cas d'anomalies congénitales des yeux (anophtalmos congénital double et taies de la cornée avec cataracte capsulaire antérieure), par Hilbert. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, août.) — De l'importance de la correction des défectuosités oculaires dans les désordres fonctionnels nerveux, par Walton et Cheney. (*Boston med. journ.*, 18 août.) — Sur l'apparition précoce de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés par Bellouard. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent en solution faible, par Budin. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 23 octobre.) — Leucomes adhérents traumatiques et panophtalmie, par Truc. (*N. Montpellier méd.*, 45, p. 886.) — Une panophtalmie source d'infection générale, par Perles. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, juin.) — Un cas d'ophtalmie traumatique traité par l'énucléation, par Monod. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 17 juillet.) — Deux cas de mort après l'énucléation dans la panophtalmie chronique, par Kalt. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — L'évidement de l'œil dans la panophtalmie, par Truc. (*Ibid.*, octobre). — De l'énucléation dans la panophtalmie, par Lagrange. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 27 novembre.) — Des abcès rétro-bulbaires, par Uszinski. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, mars.) — Recherches sur l'ophtalmie migratrice, par Greef. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 9.) — Circulaire ministérielle belge instituant une enquête sur l'ophtalmie granuleuse. (*Mouvem. hygiéniq.*, VIII, 154, avril.) — Traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse, par Lagrange. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1[er] octobre.) — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique, par Schmidt-Rimpler. (21[e] *Cong. d'ophth. allem. Heidelberg*, 1891.) — Deux cas d'immobilité congénitale presque complète des deux yeux et des paupières supérieures, par Vossius. (*Beit. z. Augenh.*, juin.) — Etude d'yeux en état d'atrophie, par Antonelli. (*Ann. di Oftalmol.*, XX, 6.) — Un cas de dégénérescence sénile de la tache jaune, par Caspar. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, août.) — La névrite rétro-bulbaire chez les adolescents, par Wood. (*Opht. record*, juin.) — Des rapports de la cécité bilatérale avec les affections des lobes occipitaux, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.) — Un cas d'hémianopsie homonyme double, par Gaffron. (*Beit. zur Augenh.*, juin.) — De l'hémianopsie chromatique dans une amblyopie nerveuse, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 15 oct.) — Atrophie partielle du nerf optique consécutive à des hémorragies stomacales, par Somya. (*Cent. f. prakt. Augenh.* août. — L'amaurose suite d'hémorragies, par Hirschberg. (*Ibid.*, sept.) — Des amauroses traumatiques,

par Damon. (*Thèse de Lyon.*) — Nosographie de la névrite rétro-bulbaire héréditaire, par Somya. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, juil.) — Les verrucosités hyalines de la portion papillaire du nerf optique, par Terson. (*Arch. d'opht.*, juin.) — Des altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophtalmoscopique de cette région dans les maladies constitutionnelles et dans la myopie, par Galezowski. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — Atrophie optique durant la grossesse, par Bull. (*Ann. d'ocul.*, octobre.) — Troubles oculaires d'origine hystéro-traumatique, par Panas. (*Méd. moderne*, 10 mars.) — Causes caractéristique et traitement des maux de tête d'origine oculaire, par Standish. (*Boston med. journ.*, 4 octobre.) — Sur la parésie double de l'accommodation, son analogie avec les paralysies hystériques, par Chibret et Augières. (*Rev. gén. d'ophth.*, XI, 9.) — De la paralysie récidivante de l'oculo-moteur commun, par Darkschewitsch. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 457.) — De la tuberculose oculaire, par Kœhler. (*Thèse de Nancy.*) Oscillation de l'acuité visuelle d'un œil contenant un corps étranger, par Cramer. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, septembre.) — Un cas d'exophtalmie traumatique, par Kohn. (*Ibid.*, octobre.) — Cécité unilatérale par tumeur du nerf optique et du chiasma, par von Gonzenbach. (*Thèse Bâle* 1891 et *Rev. méd. Suisse romande*, mars 1892.) — Morphologie et structure des tumeurs épibulbaires, surtout au point de vue des inclusions parasitaires intra et intercellulaires, par Sgrosso. (*Ann. di ottalmol.*, XXI, 1.) — Fibrome lymphangiectasique du nerf optique, par Rohmer. (*Arch. d'opht.*, septembre.) — De l'angiosarcome tubulé primitif du nerf optique, par Salzer. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Angiome caverneux de l'œil, par Bock. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, septembre.) — Remarques sur les verres de contact, par Fick. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, septembre.) Le trichloride d'iode comme antiseptique dans différentes affections oculaires, par Pflueger. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — De la chirurgie oculaire aseptique, 2,200 opérations, par Bronner. (*Brit. med. journ.*, 29 octobre.) — Traitement des plaies infectantes de l'œil, par Dianoux. (*Ann. d'ocul.*, août.). — De l'extirpation des tumeurs du nerf optique sans énucléation du globe oculaire, par Thiery. (*Thèse de Nancy.*)

Œsophage. — Œsophagotomte externe pour les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, par Meyer. (*N. York med. Journ.*, 19 novembre.) — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par l'électrolyse, combinée à la dilatation, par J. Boeckel. (*Gaz. méd., Strasbourg*, 1er août.)

Olfaction. — Sur l'analyse d'une odeur complexe, par Passy. (*Soc. de biol.*, 5 nov.)

Orbite. — Ostéome de l'orbite par Jackson. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 10 septembre.) — Forme rare de tumeur orbitaire, par Frothingham. (*Ibid.*) — Un cas de tumeur orbitaire, tubercule ou sarcome, par Truc. (*Montpellier médical*, 31, p. 603.) — Kyste séreux congénital de l'orbite et microphtalmie, par Fromaget. (*Journ. méd., Bordeaux*, 3 juillet.)

Oreille. — Anatomie et embryologie de l'oreille moyenne et de la membrane tympanique chez l'homme et chez les mammifères, par Dreyfuss. (*Arch. int. de laryng.*, V, 5.) — Etudes craniométriques par rapport à l'anatomie de l'oreille, par Randall. (*Americ. otol. soc.*, 19 juil.) — De l'emploi du diapason comme moyen de diagnostic dans les affections de l'oreille, par Labit. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — Examen au diapason pour constater la perméabilité de la trompe d'Eustache, par Politzer. (*Wien. med. Wochens.*, 26.)

— Une série continue de tons comme moyen d'examen de l'ouïe, par Bezold. (*Münchener med. Woch.*, 38, p. 667.) — L'audiphone appliqué au diagnostic otologique, par Gellé. (*Tribune méd.*, 1er septembre). — L'art d'apprendre à entendre aux enfants sourds, par Lillie Warren. (*N. York med. record*, 21 octobre.) — De la répartition géographique en France des affections de l'oreille, par Nimier. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre). — De l'influence de la neurasthénie sur les affections de l'oreille interne, par Eiteilberg. (*Archivos int. de rinologia*, III, 19.) — Obs. statistiques et cliniques sur les affections de l'oreille examinées et traitées à l'hôpital du Val-de-Grâce de 1880 à 1896, par Chauvel. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Affections de l'oreille dans la fièvre typhoïde, par B. Robinson. (*Practitioner*, octobre.) — Du traumatisme dans l'étiologie des affections de l'appareil auditif, par Chauvel (*Bull. acad. méd.*, 27 septembre et *Mercredi méd.*, 28 septembre.) — De l'otite moyenne et interne produite par l'actinomyce, par D. Majocchi. (*Riforma medica*, 27 mai, p. 532). — Surdité simulée, par Barr. (*Arch. of otol.*, XXI, p. 4.) — Surdité très ancienne dépendant de l'obstruction des trompes d'Eustache. Guérison en quelques jours, par Novent. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — De l'incision précoce du tympan dans l'otite moyenne aiguë simple, par Mounier. (*Ann. mal. de l'oreille*, octobre.) — Cocaïne dans le traitement des inflammations aiguës de l'oreille, par Wolfenstein. (*N. York med. journ.*, 5 nov.) — 25 cas d'affections de l'oreille, suite de grippe, par O'Toole. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Otite moyenne et névrite optique, par Ripp. (*Americ. otol. soc.*, 19 juillet.) — Excision des osselets dans l'otite moyenne, par Milligan. (*Manchester med. soc.*, 16 novembre.) — Excision des osselets dans le catarrhe chronique, aggravation de la surdité, par Wurdemann. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Destruction étendue du nerf dans le limaçon, par Bezold et Scheib. (*Arch. of otol.*, XXI, 3.) — Destruction et ossification partielle des deux labyrinthes, suite de méningite, par Steinbruegge. (*Ibid.*, XXI, 3.) — Variété mastoïdienne de Bezold, ouverture de la mastoïde, mort, abcès du lobe temporal et du cervelet, thrombose du sinus de l'autre côté, par Knapp. (*Ibid.*, XXI, 8.) — Deux cas d'inflammation cranienne suite d'otite purulente, par Denet. (*Ibid.*) — Infection staphylococcique, otite, méningite et arthrite suppurées, broncho-pneumonie, mort, par Le Gendre et Beaussenat. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juillet.) — Otite moyenne chronique suppurée, symptômes de phlébite des sinus, éburnation de l'apophyse mastoïde, trépanation, guérison, par Moure. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.) — Septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée, par Chauvel. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, 474.) — Abcès cérébelleux suite d'otite, trépanation, drainage, mort, par Harrison. (*Lancet*, 1er octobre.) — Abcès cérébral consécutif à une otite d'origine blennorragique, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er mai.) — Abcès du cerveau, phlébite et thrombose des veines et des sinus suite d'otite, par Allport. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Trois cas d'abcès cérébraux par otorrhée (2 morts par rupture dans les ventricules, 1 guérison après trépanation), par Rose. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 679, 4 juillet.) — Diagnostic précoce de la suppuration mastoïdienne et intervention pour prévenir les complications pyémiques et méningées, par Greene. (*Journ. americ. med. Ass.*, 12 novembre.) — L'opération de l'apophyse mastoïde, histoire, anatomie, pathologie, par Ellsworth. (*Cincinatti.*) — 32 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, par Randall. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Contraction spasmodique du muscle tenseur du tympan, par Richardson. (*Americ. med. Assoc.*, juin, et *Journ. americ. med. Assoc.*, 22 octobre.) — Note sur l'excision de la membrane du tympan et des deux principaux osselets, par Burnett. (*Americ. med. Assoc.*, juin, et

Journ. americ. med. Assoc., 22 octobre.) — L'ablation des osselets dans le catarrhe chronique, un cas d'insuccès, par Wurdemann. (*Ibid.*). — Études sur l'ablation du marteau et de l'enclume avec remarques sur le diagnostic de la carie de l'enclume, par Grunert. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIII, 3.) — De la régénération de la substance propre dans les cicatrices de la membrane du tympan, par Gomperz. (*Monats. f. Ohrenh.*, avril.) — Excision du tympan et des osselets dans les suppurations de l'attique, par Richardson. (*Arch. of otology*, XXI, 3.) — Oreille rudimentaire, développement vicieux d'un côté de la face, par Knapp. (*Arch. of otol.*, XXI, 4.) — Traitement chirurgical des maladies de l'oreille, par Schmiegelow. (*Arch. of otol.*, XXI, 4.) — Nouvelle seringue intra-tympanique, par Milligan. (*Journ. of laryng.*, novembre.) — Hématome de l'oreille chez les aliénés, par Williams. (*Americ. j. of insanity,* juillet.) — Sur les polypes de l'oreille, par Hamon du Fougeray. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Kyste dermoïde à contenu huileux de la région auriculo-mastoïdienne, par Estor. (*Nouv. Montpellier méd.*, 26, p. 503.) — Trois cas d'épithélioma de l'oreille, par Spalding. (*Arch. of otol.*, XXI, 3.) — Condylomes du canal auditif, par Wuerdemann. (*Ibid.*) — Trois opérations d'épithelioma du pavillon de l'oreille suivies d'autoplastie, par Guermonprez et Cocheril. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — Opération pour reconstituer le méat auditif, par Gifford. (*Arch. of otol.*, XXI, 3.) — Ablation d'une partie de l'antitragus, autoplastie de cette partie du pavillon de l'oreille, par Guermonprez. (*J. sc. méd. Lille*, 22 juillet.) — Essai de création d'un conduit auditif artificiel dans un cas d'absence congénitale du conduit auditif externe avec développement vicieux des deux pavillons, par Vali. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.)

Os. — L'angle de déclinaison de l'extrémité supérieure du fémur et celui de l'extrémité supérieure de l'humérus, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 2 octobre.) — Détermination de la taille d'après les os longs des membres, par Rollet. (*Rev. scient.*, 6 août.) — Ostéite juxta-épiphysaire du col du fémur; arthrite purulente consécutive. Mort par broncho-pneumonie infectieuse, par Monnier. (*France méd.*, 33, p. 513.) — Ostéite déformante, deux cas, par Taylor. (*Americ. orthop. Assoc.*, 20 septembre.) — Ostéomyélite infectieuse du tibia, extirpation de la diaphyse, guérison avec intégrité du membre, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 15 juin, p. 725.) — De l'ostéomyélite et de la réparation des pertes de substance intraosseuse par le tamponnement au moyen des corps antiseptiques, par Dieuzaide. (*Congr. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 9 octobre.) — De la réparation immédiate de pertes de substance intra-osseuses à l'aide de divers corps aseptiques, par Duplay et Cazin. (*Arch. de méd.*, novembre.) — De la pathogénie de la nécrose phosphorée, par Riche. (*Gaz. des hôp.*, 15 octobre.) — De la situation élevée congénitale d'une omoplate (difformité de Sprengel). (*Münchener med. Woch.*, 38, p. 671.) — De la léontiasis ossea, par Millot. (*Gaz. des hôp.*, 27 août.) — Le traitement moderne de la tuberculose des os et des articulations, par Kœnig. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 708, 11 juillet.) — De l'emploi des ciseaux de sculpteur dans la tuberculose des os et des articulations, par Max Schueller, (*Ibid.*, p. 690, 11 juillet.) — Exostose ostéogénique du fémur entourée d'une bourse séreuse, siège d'hygroma chronique, par Reboul. (*Marseille méd.*, 1er août.) — Des exostoses multiples, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, 31 août.) — Un cas de cancer du fémur chez un enfant de treize ans, par Smith et Overholt. (*N. York med. record*, 9 juillet.) — Sarcome à cellules rondes de la couche externe du périoste du radius chez une jeune fille de 17 ans, amputation, par Langenbuch. (*Berlin klin. Wochens.*, p. 543, 30 mai.) — Ostéosarcome de l'épiphyse inférieure du fémur, désarticulation de la hanche, guérison, par

Moty. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Ostéosarcome de l'humérus pesant 33 livres (31 pouces de circonférence), ligature de la sous-clavière, désarticulation de l'épaule, guérison, par Marsh. (*Lancet*, 17 septembre.) — Modification de la technique de la suture des os, par Wille. (*Cent. f. chir.*, 19 novembre.) — Ostéotomie des os longs, par Hennequin. (*Rev. de Chir.*, août.) — Le microorganisme de la nitrification et l'ostéomalacie; recherche des nitrites dans les urines des ostéomalaciques, par Petrone. (*Riforma medica*, 25 mai, p. 520). — Le microorganisme de la nitrification et l'ostéomalacie; le traitement spécifique et rationnel de l'ostéomalacie, par Petrone. (*Ibid.*, 19 juillet.) — Ostéomalacie et opération césarienne, par Solowij. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 septembre.)

Ovaire. — Disposition des nerfs dans l'ovaire, par V. Herff. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 2.) — Prolapsus des ovaires, par Cushing. (*Med. News*, 29 octobre.) — Hémorragie prolongée, suite d'ovarite kystique, par Hawkins-Ambler. (*Brit. med. j.*, 29 octobre.) — Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites, par Mangin. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 septembre.). — Des tumeurs végétantes ou papillaires des ovaires, par Duret. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 28 septembre.) — Un cas d'oophorite hémorragique, de périsalpingite avec transformations en hématome de l'ovaire, par Eberhart. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 octobre.) — Un cas de kyste tubo-parovarien, par von Ott. (*Ibid.*, 17 septembre.) — De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine, par Lair. (*Thèse de Lyon.*) — Coexistence d'un ovaire et d'une trompe surnuméraires complètement indépendants, avec accumulation de sebum dans la trompe, par Falk. (*Berl. klin. Woch.*, 26 octobre.) — De l'extirpation des ovaires et des annexes par la voie vaginale, par Tipsakow. (*Vratch*, 17 septembre.) — Sur quelques ovariotomies faites du mois de janvier au mois de juin 1892, par G. Soldani. (*Riforma medica*, 8 octobre.) — Double ovariotomie pendant la grossesse, par Cotterell. (*Lancet*, 15 octobre.) — Deux cas d'ovariotomie pendant la grossesse, par Kreutzmann. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Kyste dermoïde de l'ovaire à long pédicule, ovariotomie, guérison, par Homans. (*Boston med. Journ.*, 28 juillet.)

P

Palais. — Uvulotomie par von Klein. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 novembre.) — Adénome du voile du palais, par Morton. (*London path. soc.*, 1er novembre.) — Destruction presque totale du voile du palais corrigée par un palais mou artificiel, produisant non seulement une grande amélioration de la parole, mais un accroissement immédiat de l'audition, par Thorington. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Les perforations syphilitiques du palais, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 4 octobre.)

Paludisme. — Sur les résultats fournis par l'examen microbiologique du sang dans l'impaludisme à l'hôpital militaire de Tunis, par Arnaud. (*Arch. de méd. milit.* septembre.) — Existe-t-il plusieurs parasites des fièvres palustres? de la signification des corps en croissant, par Laveran. (*Soc. de biol.*, 12 novembre.) — Contribution à l'étude des parasites de la malaria, par J. Mannaberg. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 65.) — Contribution à la pathologie des tropiques; sur la malaria des tropiques, par Fr. Plehn.

(*Arch. f. pathol. Anat*. CXXIX, 2.) — Étude sur la fièvre typho-palustre, par Gancel. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Des fièvres paludiques malignes dans l'Afrique centrale, possessions anglaises, par Scott. (*Edinb. med. journ.*, novembre.) — Sur l'origine bactérienne de la fièvre bilieuse des pays chauds, par Freire. (*Acad. des Sc.*, 29 août.) — Fièvre bilieuse malarique tropicale avec hémoglobinurie, par Kohlstock. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mai.) — Un cas de bégaiement aigu consécutif à un accès de fièvre intermittente, par F. Jaga. (*Morgagni*, avril.) — Sur six cas de paludisme ancien réveillés par la grippe, par Grenier. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Contribution clinique à l'étude de la névrite paludéenne, par Combemale. (*Progrès médical*, 16 juillet.) — Altérations des capillaires et du foie dans les fièvres pernicieuses, par Nepveu. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — De l'élimination du sodium et du potassium par les urines chez des malariques par Baccelli et Rempicci. (*Cong. de méd. ital.*, *Semaine méd.*, 12 novembre.) — Toxicité de l'urine chez les malariques, par Baccelli et Pensuti. (*Ibid.*) — La synthèse clinique de la malaria, par G. Baccelli. (*Riforma medica*, 1er août.) — De la peptonurie chez les malariques, par Ascoli. (*Cong. de méd. ital.*, *Semaine méd.*, 12 nov.) — Le phénocolle dans les fièvres paludéennes, par S. Crescimanno. (*Riforma medica,* 11 juin.) — De l'emploi du bleu de méthylène en thérapeutique, en particulier dans l'impaludisme, par Bourdillon. (*Rev. de méd.*, sept.) — Les applications froides dans le traitement des fièvres continues, par Fenwick. (*Practitioner*, novembre.)

Pancréas. — Sur la fonction du pancréas et sur le diabète pancréatique, par Capparelli. (*Bull. acad. Gioenia di sc. nat. Catane*, 13 mars et *Arch. ital. de biol.* XVIII, 2.) — Physiologie du pancréas, la dissociation expérimentale des sécrétions externe et interne de la glande, par Thiroloix. (*Acad. des Sc.*, 12 sept.) — Note sur la physiologie du pancréas, de la dissociation expérimentale des sécrétions externe et interne de la glande, rôle dans le diabète, par Thiroloix. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Sur les effets de la suppression lente du pancréas, rôle des glandes duodénales, par Thiroloix. (*Société de biologie,* 22 octobre.) — Sur quelques effets de la destruction lente du pancreas, importance de la fonction digestive du pancréas, par Gley. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Greffe sous-cutanée du pancréas, son importance dans l'étude du diabète pancréatique, par Hédon. (*Archives de phys.*, IV, 4.) — Action d'un liquide extrait du pancréas sur les chiens diabétiques, par Gley. (*Ibid.*) — Pancréatite hémorragique, par Lépine. (*Lyon méd.*, 30 octobre et 6 novembre.) — Observation de pancréatite chronique interstitielle, par Rosenthal. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.) — De la mortification multiple du tissu graisseux du pancréas, par Balser (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 655, 27 juin.) — Nécroses graisseuses avec affection pancréatique, par Rolleston. (*Pathol. soc. of London*, 18 octobre.) — 3 cas d'affections du pancréas (1° cirrhose chez un diabétique, 2° et 3° cancer secondaire sans glycosurie), par Rose. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 678, 4 juillet.) — Blessure du pancréas, cause des épanchements dans la cavité péritonéale, par Lloyd. (*Brit. med. journ.*, 12 novembre.) — Fistule pancréatique, par Hédon. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.)

Pansement. — Le traitement antiseptique des plaies considéré dans ses résultats et ses effets, par Helferich. (*Stuttgard.*) — Recherches sur la stérilité des plaies pansées par des procédés aseptiques et antiseptiques, par Lanz et Flach. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Influence des pansements antiseptiques sur la guérison des plaies, par Rontschewski. (Broch.

44 p., *Wilna.*) — Sur le traitement aseptique des plaies, par WAGNER. (*Wiener med. Presse*, 7 août.) — De l'emploi des fils de fer réunis et galvanisés dans les sutures, par AUDRY. (*Mercredi méd.*, 31 août.) — Étude sur la gaze phéniquée et sur un procédé général de préparation des gazes médicamenteuses, par GAY. (*Montpellier médical*, 31, p. 610.) — Etude sur le coton absorbant chirurgical, par GAY. (*Ibid.*, 34, p. 663.) — A propos de l'aseptisation des fils; un modèle de dévidoir stérilisateur pour fils à sutures et ligatures, par FORGUE. (*Ibid.*, 43, 843.) — De la réunion immédiate des plaies opératoires, suppressions du drainage, par RAMBERT. (*Thèse de Toulouse.*)

Paralysie. — Un cas de paralysie faciale congénitale, par SCHULTZE. (*Neurol. Centralb.*, 15 juillet.) — Cas de paralysie multiple des nerfs craniens chez une femme de 25 ans, par JOLLY, [facial, trijumeau (sensitif et moteur) moteur oculaire externe gauche, partielle du moteur oculaire commun droit et parésie du moteur oculaire externe droit. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 591, 13 juin.) — Des troubles fonctionnels du facial et de l'hypoglosse dans les hémiplégies fonctionnelles, par KŒNIG. (*Neurol. centralb.*, 1er juin.) — Paralysie pseudo-hypertrophique avec mouvements particuliers du membre supérieur, par SPITZKA. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — Sur un cas de paralysie puerpérale généralisée, polynévrite puerpérale, par E. SOTTAS et J. SOTTAS. (*Gaz. des hôp.*, 27 octobre.) — L'avenir des paralysies obstétricales du membre supérieur, par d'ASTROS. (*Rev. mal. de l'enf.*, octobre.) — Note sur quelques attitudes rares dans la maladie de Parkinson, par BÉCHET. (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, 4, p. 223.)

Paralysie générale. — Etiologie de la paralysie générale, par OEBEKE. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLIX, 1.) — Des symptômes catatoniques dans le cours de la paralysie générale chez la femme, par NACKE. (*Ibid.*) — Nature de la paralysie générale, par KLIPPEL. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 5.) — Sur un cas de paralysie générale d'origine tuberculeuse, par DEPIED. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — De l'automatisme chez le paralytique général, par AZOULAY et REGNAULT. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Des troubles passagers de la parole dans la paralysie progressive, par KŒNIG. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLIX, 1.) — Sur l'ivresse du mouvement chez les paralytiques généraux, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par JOFFROY. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 6.) — Syphilis et paralysie générale, par RÉGIS. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.)

Parole. — Sur les troubles de la parole chez un malade atteint de sclérose en plaques et particulièrement de la dysarthrie, par GRANDJEAN. (*Thèse de Lyon.*) — Diagnostic différentiel du bégaiement et des autres troubles de la parole, par CHERVIN. (*Union médicale*, 21 juillet.)

Parotide. — 3 cas de parotidite secondaire à des péritonites, par W. KOERTE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 565, 6 juin.) — Tumeur mixte de la parotide, par BRAQUEHAYE. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 septembre.)

Paupière. — Ptose congénitale avec mouvement associé, par REMAK. (*Berl. klin. Woch.*, 29 février.) — Corne de la paupière inférieure, par LAGRANGE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 août.) — Corne cutanée de la paupière, par Théodore DE BAVIÈRE. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, septembre.) — Contribution à l'étude de quelques difformités congénitales des paupières, (coloboma palpébral et sourcilier, microblépharie congénitale), par C. GAL-

LENGA. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, juillet, p. 625.) — Procédé opératoire pour le traitement du blépharospasme rebelle ; formation d'un ectropion temporaire à l'aide de ligatures verticales à distance et de l'incision de la commissure externe des paupières, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 16 octobre.)

Peau. — Sur l'état actuel de la dermatologie, par HARDY. (*Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Sur l'analogie de quelques maladies des feuilles avec les maladies de la peau chez l'homme, par LEWIN (*Wiener med. Presse.* 23 octobre.) — Les acquisitions récentes sur l'étiologie des affections cutanées et leur influence sur le traitement, par W. SMITH. (*Dublin journ. of med. sc.*, janvier.) — Comment on doit procéder pour examiner un malade atteint d'une affection cutanée, par BROCQ. (*Rev. gén. de Clin.*, 34 p. 529.) — Manuel des maladies de la peau, par MAX JOSEPH. (*Leipsig.*) — La présence de l'éléidine dans les cellules épidermoïdes, par F. FRANKE. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVIII, 2.) — Topographie du tissu élastique dans la peau, par ZENTHOEFER. (*Monast. f. prakt. Dermat. Erganzungsheft*, 1.) — Fonctions protectrices de la peau chez certains animaux, par W. B. HARDY. (*The Journal of Physiology*, XIII, p. 309.) — Hyperémie cutanée et sueurs, par LÉVY. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 1 et 2.) — De l'atrophie maculeuse de la peau, par JADASSOHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 129, 8 février.) — L'influence du système nerveux sur certaines lésions de la peau, par RAVOGLI. (*Med. News*, 27 août.) — Etude d'un cas de dermato-fibromes généralisé, d'origine nerveuse, par AUDRY. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 septembre.) — Deux cas de dermatite gangreneuse infantile, par WILLIAMS. (*Lancet*, 12 novembre.) — 3 cas de dermatite herpétiforme en rapport avec des affections utérines, par ELLIOT. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — Bactériologie de la dermatite exfoliatrice épidémique, par RUSSELL. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 6.) — Etude anatomo-pathologique et bactériologique de quelques affections des régions pileuses, par DUCREY et STANGIALE. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — De la dermatose de Darier, par KROESING. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XV, 10.) — Sur un cas de kératodermie symétrique congénitale, non héréditaire des extrémités, par LACROIX et AUDRY. (*Lyon méd.*, 25 septembre.) — 13 cas de tuberculose cutanée, par HOWE. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — L'imprégnation de la peau normale par l'osmium, par R. LEDERMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 692, 11 juillet.) — Efflorescence de cristaux sur la peau après l'usage du salophène, par DRASCHE. (*Wiener med. Woch.*, 29.) — Le sulfure de zinc hydraté en dermatologie, par PETRILLI. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — Ichthyol dans les maladies de la peau, par LORENZO. (*Raccoglitore med.*, 30 juillet.) — L'emploi de l'iode, de l'acide phénique et du chloral en dermatologie, par CUTLER. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.)

Pellagre. — Causes et prophylaxie de la pellagre, par LOMBROSO. (*Cong. de méd. ital.*, *Semaine méd.*, 9 novembre.)

Pemphigus. — Sur 3 cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme, par HALLOPEAU et FOURNIER. (*Soc. franç. de derm.*, 10 novembre.) — Pemphigus ulcéreux, ulcérations en cocardes, centrifuges, par MATHIEU. (*Ann. de dermat.*, III, 11.) — Recherches chimiques sur le contenu des bulles de pemphigus, par A. REALE. (*Riforma medica*, 2 mai et 13 juin.)

Périnée. — Fibro-myomes de la région vulvo-périnéale, par LARGEAU. (*Arch. prov. de Chir.*, I, 4.) — Périnéorraphie par formation de lambeaux, par

Czempin. (*Deutsche med. Woch.*, 19 mai, p. 449.) — De la périnéorraphie pour déchirures incomplètes. Procédé de Lawson Tait, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — Périnéorraphie par le procédé de Lawson Tait, par Monod. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juin.)

Péritoine. — Sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et de ses annexes, par Pérignon. (*Thèse de Paris*, 10 novembre.) — Du péritoine tubo-ovarique et de son rôle dans la fécondation, par Morau. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 25 septembre.) — Signes des péritonites aiguës, par Gee. (*Brit. med. journ.*, 12 novembre.) — Péritonite, nature et prophylaxie, par Tait. (*Ibid.*) — Un cas de péritonite suraiguë à formes frustes, par Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre.) — Le diagnostic de la péritonite aiguë et de l'occlusion intestinale, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de Clin.*, 22, p. 337.) — Traitement médical de la pelvi-péritonite aiguë, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, septembre.) — Péritonite purulente généralisée, laparotomie, guérison, par Gérard Marchant. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 581.) — Le traitement du péritoine dans la chirurgie abdominale, par Meredith. (*Lancet*, 5 novembre.) — Valeur de la laparotomie dans certains cas de péritonite pelvienne, 50 cas, par Cullingworth. (*Obst. soc. of London*, 5 octobre.) — Les effets tardifs des adhérences péritonéales consécutives à l'ablation des ovaires, par Phillips. (*Lancet*, 10 septembre.) — L'évolution thérapeutique dans la tuberculose du péritoine, par Volkmar Helmrich. (*Thèse Bâle* et *Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 352.) — Contribution au traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, par A. Ceccherelli. (*Riforma medica.*, 11 août.) — Péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie. Opération datant de quatre ans, par Vallin. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 28 septembre.) — Sur un cas d'ileus causé par péritonite tuberculeuse, par Poppert. (*München. med. Woch.*, 34, p. 599.) — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par Knaggs. (*London clin. Soc.*, 11 novembre.) — Des kystes du mésentère, par Braquehaye. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Kyste chyleux du mésentère, laparotomie, extirpation, guérison, par Tuffier. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 582.) — Un cas d'hématome péritonéal, par Potain. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 369.) — Gangrène de l'épiploon par torsion sur lui-même, par Demons. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 9 octobre.)

Pharmacologie. — Les teintures alcooliques de la pharmacopée française, étude chimique et analytique, comparaison avec les pharmacopées étrangères, par Domergue. (In-8°, *Paris*, 1893.) — Notions de pharmacie nécessaires au médecin, par Yvon. (In-16, *Paris*.) — Sur l'essence d'eucalyptus, ses produits constitutifs et dérivés, par Voiry. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.) — D'un dérivé de l'essence d'eucalyptus, par Lafage. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Etude physiologique de l'essence de sassafras, par Cadéac et Meunier. (*Province méd.*, 23 juillet.) — Le yamp, plante comestible des Etats-Unis, par Henry Trimble. (*Hyg. Rundsch* , II, 428.) — L'action physiologique des principes actifs de l'uréchite suberecta, par Stockman. (*Rep. from. laborat. of college of phys. Edinburgh*, IV, p. 64.) — Action de la thébaïne, de la narcotine et de leurs dérivés, par Stockman (*Ibid.*, p. 79.) — Présence de la strychnine dans le cerveau à la suite de l'administration de cet alcaloïde à doses quelconques, par Grandval et Lajoux. (*Union méd. du Nord-Est*, 5, p. 135.) — Quelques expériences sur l'action du maïs altéré et de ses extraits, par A. Carraroli. (*Riforma medica*, 11 octobre.) — Sur de nouvelles préparations de myrrhe, par Kahn. (*Mün-

chen. med. Woch., 31, p. 551.) — De l'action diurétique et uréo-poïétique des alcaloïdes de l'huile de foie de morue chez l'homme, par Bouillot. (*Acad. des Sc.*, 7 novembre.) — Méthode d'épreuve du pouvoir bactéricide de solutions d'alexine, par Hankin. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Histoire chimique du seigle ergoté, par van Engelen et Dutrannoit. (*Journ. de méd. Bruxelles*, I, 2 et *Arch. de tocol.*, septembre.) — Recherches pharmacologiques sur les acétones, par Albanese et Barabini. (*Ann. di chim.*, XV, 4 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — Sur l'action physiologique de la phénocolle, par V. Mosso et F. Faggioli. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 457.) — Sur la benzanilide, par L. Cantu. (*Riforma medica*, 2 août.) — Aristol ou biiodure de dithymol, par Ducher. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Recherches bactériologiques et cliniques sur le nouvel antiseptique : le dermatol, par Stone. (*Boston med. journal*, 1er septembre.) — De l'alumnol, par Eraud. (*Lyon méd.*, 30 octobre.) — De la lanoline, par Santi. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 6.) — Recherches sur le salophène, par Caminer. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Du losophane, par Saalfeld. (*Ibid.*, octobre.) — De l'euphorine, par Koester. (*Ibid* , août.) — Action physiologique de la créatine chez l'animal sain et chez l'animal tuberculeux, par Carter. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — De la toxicité comparée des métaux alcalins et alcalino-terreux, par Binet. (*Gaz. méd. Paris*, 13 août.) — Action toxique et altérations anatomiques produites par l'ingestion de l'oxyde de zinc, par d'Amore, Falcone et Maramaldi. (*Soc. de biol.*, 12 novembre.) — De l'emploi du chlorure de zinc, par Duevelius. (*Cent f. Gynaek.*, 19 novembre.) — Des paquets de fibrine et iodure de potassium, par Gunzburg. (*Deutsche med. Woch.*, 28 avril.) — Propriétés antiseptiques et préparation du boro-borax, par Bourgeois. (*Union méd. Nord-Est*, 8, p. 229.) — Les sels de strontium, par Eloy. (*Rev. gén. de Clin.*, 31, p. 487.) — De l'action toxique de l'acide oxalique et de ses sels, par Loew. (*Münch. med. Woch.*, 32.) — Sur la présence du plomb métallique dans l'acide tartrique, par Guillot. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Recherches sur la durée de l'élimination de l'arsenic, par A. Severi. (*Riforma medica*, 17 septembre.) — Action de quelques moisissures sur les composés fixes d'arsenic, par Gosio. (*Riv. d'igiene*, III, 8 et 9 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Recherches expérimentales sur les lésions déterminées par le bichlorure de mercure, par Pilliet et Cathelineau. (*Soc. de biol.*, 29 octobre.)

Pharynx. — Atlas des maladies des cavités buccale et pharyngée, par J. Mikulicz et P. Michelson. (*Berlin.*) — Maladies du naso-pharynx, leurs rapports avec la santé générale, par Jenson. (*Americ. med. Assoc.*, juin et *Journ. Americ. med. Assoc.*, 22 octobre.) — Influence de certaines conditions diathésiques sur le pronostic des opérations sur la gorge, par Delavan. (*Americ. laryng. Assoc.*, 20 juin et *N. York med. journ.*, 19 novembre.) — De la palpation des parties supérieure et inférieure du pharynx et de l'ostium laryngé, par Ziem. (*Therap. Monats.*, août.) — Catarrhe chronique de la gorge dans la région des lacs, par Carter. (*Americ. med. Assoc.*, juin.) — Pharyngomycose, par Knight. (*Americ. lar. Assoc.*, 20 juin.) — Pharyngite catarrhale dans la région des lacs, par Carter. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 novembre.) — De la pharyngite granuleuse, étiologie et traitement, par Hovell et Lennox Browne. (*Brit. med. Assoc.*, 29 juillet.) — Abcès rétro-pharyngé, asphyxie, trachéotomie, guérison, par Davidson. (*Lancet*, 15 octobre.) — Abcès rétro-pharyngé chez un enfant, trachéotomie, guérison, par Corliss. (*Lancet*, 27 août.) — Deux cas d'abcès rétro-pharyngés chez les enfants, par Brook. (*Lancet*, 13 août.) — Deux cas d'abcès rétro-pharyngiens consécutifs à la grippe, par Fischer.

(*Wiener med. Presse*, 24 juillet.) — Du traitement des abcès rétro-pharyngés, par Sacchi. (*Gaz. d'Ospit.*, 75.) — De la maladie de Tornwaldt à Kœnigsberg, par Gerber. (*Therap. Monast.*, novembre.) — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par Bennett. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 19 novembre.) — Tumeurs adenoïdes dans le pharynx nasal chez les enfants, par Halsted. (*New York med. record*, 13 août.) — Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme, par Duplaix. (*Gaz. des hôp.*, 20 octobre.) — Obs. de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines, par Astier. (*Bull. soc. de laryng. de Paris*, 3 juin.) — Tumeurs adénoïdes et leur traitement, par Roaldes. (*Orleans med. journ.*, août.) — Suppuration mastoïdienne, suite d'ablation de tumeurs adénoïdes, par Bacon. (*Americ. otol. soc.*, 19 juillet.) — Tuberculose du pharynx, par Boylan. (*Americ. med. Assoc.*, juin et *Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Ulcère tuberculeux du pharynx traité par l'acide lactique, par Percy Kidd. (*London med. Soc.*, 14 nov.) — Adhérences des piliers postérieurs au pharynx, libération, appareil prothétique, guérison, par Albertin. (*Lyon méd.*, 27 novembre.) — Rétrécissement syphilitique du pharynx, par Welander. (*Hygien.*, mai.)

Photographie. — La photographie médicale, application aux sciences médicales et physiologiques, par Londe. (In-8°, *Paris*, 1893.) — Photographie du fond de l'œil, par Gerloff. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, décembre 1891.)

Phtiriase. — Poux de la tête cause de prurit vulvaire, par Lydston. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — 13 cas de phtiriase ciliaire observés en une année, par Chisolm. (*Americ. j. of opht.*, juin.) — Pediculi capitis des cils, par Bock. (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*)

Physique. — Physique du physiologiste et de l'étudiant, par Bergonié. (In-16, 180 p., *Paris*.)

Physiologie. — Traité élémentaire de physiologie, par Laborde. (In-8°, *Paris*.) — Eléments de physiologie, par Starling. (*Londres*.) — Physiologie de l'homme et des mammifères, par J. Munk. (*Berlin*.) — Traité de physiologie, par L. Hermann. (*Berlin*.)

Pied. — La préhension avec le pied dans ses rapports avec la médecine légale et la psychiatrie, par S. Ottolenghi et M. Carrara. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 423.) — De l'orteil en marteau, par Phocas. (*Gaz. des hôp.*, 6 octobre.) — La tarsalgie, par Dauriac. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — Amputation atypique du pied par traumatisme, par Graupner. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 652, 27 juin.) — Carie de l'astragale et du calcaneum. Opération de Mikulicz, par Graupner. (*Ibid.*, p. 652, 27 juin.) — Etude sur le pied plat avec considérations spéciales sur le développement de la concavité plantaire, par Dane. (*Boston med. journal*, 27 octobre.) — Double pied-bot varus équin congénital, par L. Monnier. (*Rev. gén. de Clin.*. 26, p. 407.) — Pied-bot, traitement, ténotomie; nouvel appareil, par Baumel. (*N. Montpellier méd.*, 42, p. 826.) — Le poids du corps dans ses relations avec la pathologie et le traitement du pied-bot, par Judson. (*Revue d'orthop.*, 1er novembre.) — Pied-bot valgus. Résection cunéiforme, par Labarie. (*Revue d'orthop.*, 1er septembre.) — A quel âge peut-on commencer à traiter le pied-bot congénital, par Wilson. (*Med. News*, 12 novembre.) — Traitement du pied bot, par Freiberg. (*Med. News*, 29 octobre.) — Nouvelle opération pour le pied-bot valgus, par Parrish. (*N. York med. journ.*, 8 octobre.) — Résection cunéiforme

dans les vieux pieds-bot varus, par DAVIS. (*Ibid.*, 1er octobre.) — Pied de Madura, par SURVEYOR. (*Brit. med. j.*, 10 septembre.) — Le pied de Madura, mycétome et actinomycose, par KANTHACK. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.)

Pigment. — Sur la formation du pigment de l'épiderme, par JARISCH. — *Idem*, par EHRMANN. (*Cong. de Vienne, Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra pilaire, par DU CASTEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 novembre.)

Placenta. — Structure du placenta humain, note sur la caduque réfléchie, par HART et GULLAND. (*Rep. from. laborat. of college phys. Edinburgh*, IV, p. 17.) — Placenta prœvia, par HART. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — Un cas de placenta prœvia, par MACKNESS. (*Edinb. med. j.*, septembre.)

Plaie. — Un projectile septique peut-il infecter une plaie ? par LAGARDE. (*N. York med. journ.*, 22 octobre.) — Sur le traitement des plaies au point de vue de l'infection bactéridienne, par EWING. (*Boston med. journ.*)

Plèvre. — Sur la plèvre médiastine des solipèdes, par QUÉNU. (*Bull. soc. anat. Paris*, juillet, p. 600.) — Etiologie des pleurésies séro-fibrineuses, par LYON. (*Ann. de méd.*, 2 novembre.) — Bactériologie de la pleurésie aiguë, par GOLDSCHEIDER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.) — De la pleurésie médiastine, par GRANCHER. (*Bull. méd.*, 24 août.) — Séméiologie de la pleurésie, adhérences pleurales et thoracentèse, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.) — De la pression endopleurale dans la pleurésie avec épanchement et pendant la thoracentèse, par G. FILADORO. (*Riforma med.*, 16 juillet.) — Diagnostic différentiel de la pleurésie interlobaire, par POTAIN. (*La Médecine moderne*, 30 juin.) — De l'analogie entre la pleurésie idiopathique aiguë et le rhumatisme aigu, par SHIRLEY. (*New York med. record*, 2 juillet.) — Pleurésies et pleurétiques, par L. CORTELLA. (*Arch. ital. di clin. medica*, 3, p. 372.) — Certaines particularités de la respiration dans les cas d'épanchement pleurétique, par BORGHERINI. (*Cong. de méd. ital , Semaine méd.*, 12 novembre.) — Observations d'épanchement pleural avec déplacement du cœur, par LANGFORD SYMES. (*Dublin journ. of med. sc.*, juillet.) — Sensation speciale de flot dans les épanchements pleurétiques, par G. VAJANA. (*Riforma medica*, 3 mai.) — Sur un cas de pleurésie hémorragique probablement d'origine syphilitique, par E. DE RENZI. (*Ibid.*, 30 juillet.) — Hépatite interstitielle, hydrothorax droit, expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse et de la paracentèse, par TUSA-SALVATORE. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Atélectasie complète du poumon à la suite d'un épanchement pleurétique, par NOEL. (*Soc. anat. Paris*, 29 juillet.) — Du cancer endothélial primitif de la plèvre, par A. FRŒNKEL. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 51.) — Sur l'emploi du vésicatoire dans la pleurésie, par GAURON. (*Union méd.*, 30 juillet) — Sur la thoracentèse dans les épanchements pleuraux, par MOUISSET. (*Lyon méd.*, 21 août.) — Traitement de la pleurésie séreuse par le syphon, par TACHARD. (*Cong. Assoc. franç., Bull. méd.*, 5 octobre.) — Du traitement opératoire des pleurésies suppurées, par RUNEBERG. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.) — Du traitement de l'empyème putride, par HERZ. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 41, p. 857.) — Pleurésie purulente ; empyème avec drainage ; disparition du drain dans la cavité pleurale. Extraction 2 ans plus tard par résections des côtes. Guérison, par BOÉCHAT. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, 331, mai.) — Diagnostic et traitement chirurgical des pleurésies pu-

rulentes interlobaires par l'étude de la topographie des scissures du poumon, par Rochard. (*Bull. méd.*, 14 août.) — Traitement chirurgical de l'empyème par la résection partielle sous-périostée des 10e et 11e côtes, par R. Gritti. (*Morgagni*, janvier.) – Un cas d'empyème avec résection costale, par Güterbock. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Empyème double, enfant de 7 ans, par Carr. (*London clin. Soc.*, 11 novembre.) — Opération d'Estlander, par Rémy. (*Rev. de Chir.*, août.) — Un cas d'empyème enkysté suivi de vomique, par Douillet. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.)

Poil. — Aplasie moniliforme familiale des cheveux, par Hudelo. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 novembre.) — Kératose pilaire et aplasie moniliforme des cheveux, par Tenneson. (*Ibid.*) — Poils moniliformes, monilithrix, par Beatty et Scott. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XV, 5.) — Trichorrexis nodosa, par Ravenel. (*Med. News*, 29 octobre.)

Poumon. — Des rapports entre la pneumonie de l'homme et la péripneumonie équine, par Kelsch. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 octobre.) — Sur l'immunisation du lapin, au moyen des crachats pneumoniques filtrés, par Belfanti. (*Riforma medica*, 3 juin, p. 608.) — Les pneumonies par influenza, par A. Cantieri. (*Ibid.*, 28 mai.) — Epidémie pneumonique de maison suggérant l'idée de contagion, par Pears. (*Boston med. journal*, 6 octobre.) — La pneumonie croupale peut-elle avorter? par Mays. (*Med. News*, 24 septembre.) — Pneumonie cardiaque et pneumonie à foyers successifs, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 9 juillet.) — Maladie de Grancher. A propos d'un cas de spléno-pneumonie grippale, compliquée de pleurésie méta-spléno-pneumonique, par Faisans. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juillet.) — Gangrène pneumonique, par Wells. (*N. York med. journ.*, 22 août.) — Gangrène du poumon, pneumotomie, par Monod. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 578.) — Pneumonie suppurée et abcès métastatiques multiples du cerveau, par Rohr. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Des métastases articulaires dans la pneumonie franche, par Conrad Brunner. (*Ibid.*, 1er et 15 juin.) — Abcès du poumon consécutif à une pneumonie grippale, par Potier. (*Bull. soc. anat. Paris*, juillet, p. 594.) — Des cavernes pulmonaires de la base, diagnostic, traitement, par Sidney Coupland. (*Lancet*, 15 octobre.) — Congestion passive du poumon par atonie cardiaque, par Morison. (*Practitioner*, novembre.) — De l'œdème et de l'albuminurie dans les contusions du poumon avec vaste épanchement intrapleural, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 16 octobre.) — Les pneumonies diabétiques, par Eloy. (*Rev. gén. de Clin.*, 36, p. 561.) — Sur un cas de pneumomycose aspergillaire, par Boyce. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Des rapports de l'emphysème avec la tuberculose pulmonaire, par Potain. (*Semaine méd.*, 30 novembre.) — De l'insuffisance des valvules pulmonaires, par Gerhardt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 495, 16 mai.) — Nouveau cas de lobe pulmonaire aberrant rétro-péritonéal, par Dubler. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er février.) — Hernie traumatique du poumon, par Massart. (*Rev. gén. de Clin.*, 22, p. 345.) — Hernie traumatique du poumon, par R. Koehler. (*Berl. kl. Woch.*, 22 fév.) — Compte rendu clinique sur quelques cas de pneumonie soumis à un traitement spécifique, par G. Klemperer. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 40.) — Traitement de la pneumonie purulente par les injections d'essence de térébenthine, par Franc. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 juillet.) — 12 pneumonies traitées par les injections de sérum spécifique, par G. Klemperer. (*Berl. klin. Woch.*, p. 470, 9 mai.) — Pneumonie traitée par les applications de glace, par Jackson. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Pneumonie traitée par la transfusion, par Hughes et Carter. (*Ibid.*) — Un cas de suture du poumon, par Guermonprez. (*Bulletin méd.*, 10 août.)

Prostate. — Prostatite suppurée par le bactérium coli, par Barbacci. (*Sperimentale*, 15 août.) — Accidents variés d'origine prostatique. Guérison, par Loumeau. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er juillet.) — Hypertrophie prostatique, cystostomie, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 21 août.) — De la création d'un urètre contre nature chez les prostatiques, cystostomie sus-pubienne, par Bonan. (*Thèse de Lyon.*) — Nouvelle méthode d'extirpation de la prostate, par S. Pyle. (*New York med. record,* 7 août.)

Psoriasis. — Études cliniques et étiologiques sur le psoriasis, par Nielsen. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 7.) — Pathologie du psoriasis, par Schuetz. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 5.) — Du traitement du psoriasis par l'iodure de potassium, par Hillebrand. (*Arch. f. Dermat.,* XXIV, 6.)

Psorospermose. — Contribution à l'étude des protozoaires, par R. Pfeiffer. (L'affection psorospermique des lapins.) (*Berlin.*) — L'état actuel de nos connaissances sur les protozoaires parasites, par Walther Kruse. (*Hyg. Rundsch.*, II, 9.) — Sur les psorospermoses, par Bœck. (*Cong. de Vienne*; *Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Psorospermose cutanée végétante, par de Amicis. (*Ibid.*)

Psychose. — Des psychoses puerpérales, par Hoche. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.) — La confusion mentale, par Charpentier. (*Rev. gén. de Clin.*, 35, p. 545.) — Des idées fixes, par Wernicke. (*Deutsche med. Wochens.*, 23 juin.) — Un phénomène non encore décrit des hallucinations visuelles, par Pieraccini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 2.)

Ptomaïne. — Sur une ptomaïne obtenue par la culture du micrococcus tétragenus, par Griffiths. (*Acad. des Sc.*, 12 septembre.) — Ptomaïnes extraites des urines dans l'érysipèle et dans la fièvre puerpérale, par Griffiths. (*Acad. des Sc.*, 31 octobre.)

Puerpéral (état). — L'infection puerpérale au point de vue médico légal, par Paul Dittrich. (*Wiener klin. Woch.,* 7 et *Hyg. Rundsch.*, II, 434.) — Microbisme préexistant et puerpéralité, par Prioleau. (*Cong. Assoc. franç,. Bull. méd.*, 21 septembre.) — La prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Leopold et Goldberg. (*Deutsche med. Woch.*, 13.) — Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde-malade, par Le Clerc. (*Normandie méd.* 1er juin.) — Septicémie puerpérale, par Higt. (*Americ. j. of Obst.,* août.) — Trois cas d'accidents cérébraux d'origine puerpérale, par Valin. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Infection puerpérale, abcès sous-diaphragmatique, ouvert par une incision transpleurale, mort au bout de deux mois par septicémie ; kyste hydatique calcifié et suppuré du rein droit découvert à l'autopsie, par Peyrot. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Un cas rare de septicémie puerpérale, par Thompson. (*Boston med. journal*, 14 juillet.) — 2 cas de fièvre puerpérale, par Polak. (*Med. News*, 12 novembre.) — Des exanthèmes puerpéraux de la soi-disant scarlatine puerpérale, par Ahlfeld. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 1.) — Tachycardie paroxystique au déclin de la septicémie puerpérale, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 8 octobre.) — Phlegmatia alba dolens puerpérale chez la mère et érysipèle chez l'enfant, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 sept.) — De la phlegmatia alba dolens puerpérale, sa nature infectieuse, par Rivière. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juin.) — Phlegmatia alba dolens puerpérale et érysipèle, par Richardière. (*Semaine méd.*, 31 août.) — Traitement des inflammations puerpérales locales par l'acide phénique, par Pozzi de Bologne (*Raccoglitore med.*, XIII, 4.) — Laparotomie dans l'état puerpéral, par Rhett. (*Americ. j. of Obst.*, août.)

Purpura. — Purpura hémorragique, par Rachford. (*Med. News*, 15 octobre. — Association du purpura et de l'œdème aigu circonscrit, par Bowen. (*Journ. of cut. dis.*, novembre.) — Purpura rhumatismal consécutif à une mammite aiguë, par Snow. (*Med. News*, 12 novembre.)

Q

Quinine. — Sur quelques sels doubles de quinine, par Grimaux. (*Soc. de biol.*, 29 octobre.) —Sur l'action physiologique du chlorhydro-sulfate de quinine, par Laborde. (*Ibid.*) — Sur la coagulation du sulfate de quinine, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 10.) — Etude sur le passage du sulfate de quinine dans le lait et son influence sur la santé des nourrissons, par Oui. (*Ann. de gynéc.*, novembre.) — La méthémoglobinurie quinique, par Corre. (*Bull. de thérap.*, 15 octobre.)

R

Rachis. — Etude clinique des déviations du rachis, par de St-Germain. (*Bull. méd.*, 9 octobre.) — De l'asymétrie (atrophie unilatérale) du thorax et des contractures du rachis dans les paralysies infantiles, scolioses paralytiques, par Menner. (*Cent. f. Chir.*, 5 novembre.) — De la scoliose dans ses rapports avec le pied plat, par Redard. (*Gaz. méd. Paris*, 6 août.) — Trois observations de scoliose, par Bourlans (*Ann. policlin. Bordeaux.* 1er juillet.) — Traitement de la scoliose, par Heusner. (*Arch. f. klin. chir.*, XLIV, 4.) — Nouvel appareil pour le traitement de la scoliose, par Schede. (*Deutche med. Woch.*, 24 mars. — Corset pour la scoliose, par C. Reymond. (*Rev. méd. Suisse romande.*, XII, 245, avril.) — Contribution à l'étude de la conygodyesie, par Phocas. (*Arch. prov. de chir.*, I, 5.) — Fracture de la colonne vertébrale, par cause musculaire, par Verneuil. (*Bull. acad. méd.*, 27 septembre.) — Fracture simple des apophyses de la 7e cervicale, par Buglioni. (*Raccoglitore med.*, 20 juin.) — Traitement des fractures indirectes du rachis (région dorso-lombaire, par Lherbier. (*Thèse de Paris*, 1er décembre.) — Fracture de la colonne vertébrale, opération, mort, par Verdelet et Vénot. (*Journ. méd. Bordeaux.*, 26 juin.) — Opération pour la compression de la moelle par déplacement des vertèbres, par Urban. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Mal de Pott cervical avec crises asphyxiques, guérison, par Faucon et Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 août.) — Du diagnostic précoce de la tuberculose vertébrale, par Hubbard. (*Med. news,* 22 octobre.). — Laminectomie pour paraplégie dans le mal de Pott, par Lloyd. (*Ann. of surg.*, octobre.) — Sarcome fasciculé de la région sacrée, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux.* 24 juillet.)

Rachitisme. — Des affections scorbutiformes chez les nourrissons rachitiques, par Heubner. (*Jahrb. f. Kind.*, XXXIV, 4.) — De l'achondroplasie, par Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 octobre.)

Rage. — Rage et tétanos au point de vue bactériologique, par Solles.

(*Journ. méd. Bordeaux*, 11 septembre.) — La méthode italienne de vaccination anti-rabique, atténuation par l'action du suc gastrique signalée par Valli, par Centanni. (*Riforma medica*, 5 mai.) — Sur le moyen de guérir chez les animaux la rage développée (injections de sérum d'animaux immunisés), par G. Tizzoni et E. Centanni. (*Ibid.*, 13 mai, p. 401, et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 1.) — Nouvelles recherches sur le traitement de la rage développée, par G. Tizzoni et E. Centanni. (*Riforma medica*, 10 août.) — Sur la guérison de la rage développée, par G. Zagari. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Le traitement antirabique avec un vaccin non virulent (sérum d'animaux immunisés), par G. Poppi (*Ibid.*, 6 juin, p. 626.) — A propos d'un cas de guérison de la rage chez l'homme, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Ibid.,* 17 mai.)

Rate. — De l'hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, par Gaucher. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Rupture spontanée de la rate, par Bowic. (*Lancet*, 17 septembre.) — Trois splénectomies, par Tricami (*Riforma medica*, 24 juin.)

Rectum. — Des rétrécissements du rectum et en particulier des rétrécissements dits syphilitiques, par Duplay. (*Semaine méd.*, 23 novembre.) — Traitement chirurgical d'un rétrécissement syphilitique du rectum, par Thiem. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 734, 18 juillet.) — Prolapsus du rectum, recto-coccypexie, guérison incomplète, par Tachard. (*Arch. prov. de chir.*, I, 4.) — Cas rare de cancer du rectum (cancer mélanique) par M. Berardino. (*Rivista clin. e terap.*, 5, p. 267.) -- Traitement médical du cancer du rectum et de l'entérite pseudo-membraneuse, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thér.*, 26 oct.) — Nouvelles recherches sur la méthode sacré pour l'extirpation du cancer du rectum, par Frank. (*Wiener klin. Woch.*, 43, 1891.) — Le choix entre l'extirpation ou la colotomie dans le cancer du rectum, par Kelsey. (*N. York med. journ.*, 12 novembre.) — Résection du cancer du rectum, par Mac Cosh. (*N. York med. journ.*, 3 septembre.) — Nouveau procédé d'excision des deux tiers supérieurs du rectum et de la partie inférieure de l'S iliaque, par Maunsell. (*Lancet,* 27 août.)

Réflexe. — Sur la valeur diagnostique et pronostique du réflexe tendineux, par J. Fergusson. (*N. York. med. record*, p. 1, juillet, et *Gaz. méd. Paris*, 3 septembre.) — Réflexe tendineux paradoxal, par Eichhorst. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 31.) — Du réflexe rotulien paradoxal, par Giuffre. (*Cong. de med. ital. Semaine méd.*, 9 novembre.)

Rein. — L'acétonurie expérimentale de Lustig, par Contejean. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Affection rénale et cardiaque, recherches sur l'excrétion d'urine diurne et nocturne, par James. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Des troubles secondaires de la circulation dans l'insuffisance rénale, par Israel. (*Berl. klin. Woch.*, 9 mai.) — Troubles mentaux dans la néphrite interstitielle, par Abegg. (*Berlin. klin. Woch.,* 25 avril.) — Etude anatomique et bactériologique de la pyelonéphrite, par B. Schmidt. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25 p. 69.) — D'une variété de pyélonéphrite primitive (pyélonéphryte à staphylocoques dorés), par Delpeuch. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 juillet.) — Pyélonéphrite des femmes enceintes, par Reblaub. (6e *Cong. franç. chir.* et *Bull. méd.*, 15 mai. — De l'hydropisie avec néphrite, par Tirard. (*Lancet*, 10 septembre.) — Résumé de ce que l'on doit faire dans le traitement du mal de Bright chronique, par H. Millard. (*N. York med. record*, 1er octobre.) — De l'hydronéphrose intermittente, par Troquart. *Journ. méd. Bordeaux.*, 26 juin.) — Recherches cliniques sur le rein

atrophique, par ZAGGER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 308.) — Anurie durant 21 jours, par SCHREIBER. (*Deutsche med. Woch.*, 16 juin.) Influence des maladies du rein sur la mortalité des opérations, par WILKINSON. (*Manchester med. soc.*, 2 novembre.) — Un cas d'ectopie rénale diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie, par CHAVANNAZ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 octobre.) — Observations pratiques sur le rein mobile. par STIFLER. (*München med. Woch.*, 28, p. 491.) — Des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile, par THIRIAR. (*Mercredi méd.*, 12 octobre.) — Rein mobile et maladies de l'appareil de la génération chez la femme, par SCHMITT. (*N. York med. record*, 22 oct.) Les déplacements rénaux et la néphrorraphie, par GUYON. (*Gaz. des hôp.*, 8 septembre.) — Des modifications histologiques produites par la guérison des plaies du rein et de la question de la régénération du tissu rénal, par BARTH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Néphroptose gauche très douloureuse, entéroptose généralisée, néphrorraphie sans avivement, guérison, par RÉCAMIER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — La néphrolithotomie, par MYLES. (*Dublin journ. of med. sc.*, février.) — Le traitement chirurgical de la lithiase rénale, par P. CHÉRON. (*Tribune méd.*, 10 novembre.) — Pyohémie suite d'enclavement d'un calcul dans l'uretère, par ADLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mars.) — Deux cas de néphrotomie suivis de néphrectomie et de guérison, l'un pour pyélonéphrite calculeuse, l'autre pour tuberculose, par W. KOERTE. (*Ibid.*, p. 543, 30 mai.) — Néphrolithotomie, calcul pesant cinq onces, guérison, par GAY. (*Boston med. journ.*, 1 août.) — Rétention rénale gauche déterminée par des calculs du bassinet, néphrolithotomie, guérison, par GUYON. (*Semaine méd.*, 24 août.) Calcul de l'uretère, néphrolithotomie, guérison, par TUFFIER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Calculs du rein extrait par la néphrotomie, par TUFFIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 549.) — Un cas heureux de nephrectomie pour pyélonéphrite calculeuse, par CUSHING. (*Boston med. journ.* 15 septembre.) — Extirpation d'un rein farci de calculs, par MONTAZ. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — Néphrotomie pour une anurie complète survenant quelque temps après la néphrectomie, par MEYER. (*Ann. of surg.*, avril.) — L'oblitération spontanée de la plaie rénale dpns les néphrotomies pour pyonéphroses, par GUYON. (*Ibid.*, août.) — Pyonéphrose, néphrectomie, par DUBAR. (*Ibid.*, août.) — De l'extirpation de l'hydronéphrose volumineuse, par GROSS. (*Semaine méd.*, 9 novembre.) — Implantation des uretères dans le rectum, par REED. (*Ann. of surg.*, XVI, 3.) — La greffe des uretères dans le gros intestin et l'ablation de la vessie et de la prostate, par D. GIORDANO. (*Riforma medica*, 23 mai, p. 495. — Un cas de résection de l'uretère, par KURSER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Dégénérescence kystique générale du rein, par RITCHIE. (*Rep. from laborat. of college of phys. Edinburgh*, IV, p. 194.) — Vaste kyste du rein, néphrectomie, guérison, par CUSHING. (*Boston med. journ.*, 15 septembre.) Tumeur maligne du rein avec nombreuses métastases, par ISRAEL. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juin.) — Sur le cancer du rein, par GIORDANO. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Rein cancéreux enlevé par laparotomie, guérison, par MIXTER. (*Boston med. journ.*, 15 septembre.) — Du développement des capsules surrénales et du sympathique chez le poulet et les mammifères, par FUSARI. (*Arch. per le sc. med.*, XVI, 14, et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Sur la physio-pathologie des capsules surrénales, par R. SUPINO. (*Riforma medica*, 12 septembre, p. 685.) — Contribution à l'étude des capsules surrénales, par C. MARTINOTTI. (*Giornale R. accad. di med. Torino*, mars, p. 299.) — Sur la fonction des capsules surrénales, par ALBANESE. (*Arch. ital de biol.*, XVIII. 1.) — Essais de greffe de capsules surrénales sur la grenouille, par ABELOUS. (*Soc. de*

biol., 12 novembre.) — Capsules surrénales accessoires dans les bourses d'un enfant de trois ans avec rétention des testicules dans l'abdomen, par Hanau. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 252, 15 avril.) — Sur l'adénome des capsules surrénales, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 573.)

Résection. — De la valeur des opérations économiques et de la résection typique du genou. Statistique de cent cas de résection, par Ollier. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.)

Respiration. — Origine du murmure vésiculaire, par Sahli (Réfutation de la théorie de Baas et de Penzold). (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte* p. 265, 1er mai.) — Modifications de la capacité pulmonaire en rapport avec la pression atmosphérique, par G. von Liebig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 506, 23 mai.) — Sur le centre respiratoire bulbaire, par Gad et Marinesco. (*Acad. des Sc.*, 19 septembre.) — Sur l'echinodrome avec pigment respiratoire, par Griffitths. (*Acad. des Sc.*, 12 septembre.) — Les effets physiologiques de l'air vicié par la respiration, par Smith. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Les mouvements du diaphragme sont visibles à l'état normal au thorax dans chaque mouvement respiratoire. par Littey. (*Deutsch. med. Woch.*, 13.) — Etude expérimentale sur le poison contenu dans l'air respiré en différents endroits de la même ville, par Kohos. (*Lyon méd.,* 25 septembre.) — Sur le type respiratoire de Cheyne-Stokes, par Unverricht. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 568, 6 juin.) — Sur la signification clinique de la fréquence excessive de la respiration, par G. Cavallero et S. Riva-Rocchi. (*Il Morgagni*, avril, p. 197.) — Remarques sur les recherches de Pachon sur la fréquence et rythme de la respiration, par Gley. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — La dyspnée toxique, sa pathogénie, son traitement, par Tournier. (*Rev. gén. de Clin.*, 29, p. 449.)

Résine. — Propagation à distance de la réaction oscillatoire de la rétine, par Charpentier. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Recherches anatomiques sur la rétinite hémorragique unilaterale avec glaucome secondaire et sur la kératite à hypopion, par Wagenmann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Trois cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par de Schweinitz. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 24 septembre.) — L'épanchement de sang entre la rétine et le corps vitré, par Haab. (*Beit. zur Augenh.*, juin. — Sur le traitement du décollement de la rétine par la méthode de Schœler, par C. Baduel. (*Riforma medica*, 19, mai.)

Rhumatisme. — Origine nerveuse du rhumatisme articulaire chronique, par Massalongo. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 12 novembre. — Etiologie du rhumatisme, par Lucatello (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 12 novembre.) — Rhumatisme chronique fibreux, autopsie, par Regimbeau et Vedel. (*Nouveau Montpellier méd.*, 24, p. 463.) — Sur le rhumatisme articulaire hyperpyrétique, par S Valenti. (*Riv. clinica e terap.*, 5 p. 261.) — Rhumatisme articulaire chronique, ankylosant et déformant, avant débuté dans l'enfance et continué son évolution pendant l'adolescence et l'âge adulte, par Variot. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juillet.) — Sur le rhumatisme articulaire aigu, par Kahler. (*Wiener med. Presse*, 24 juillet.) — Du rhumatisme aigu franc. Essai sur une interpretation possible de la pathogenie du rhumatisme à l'aide des doctrines actuelles, par Triboulet. (*Rev. de méd.*, août.) — Rhumatisme articulaire aigu et dothiénentérie, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 février.) —

Rhumatisme aigu à manifestations viscérales, par Gingeot. (*Rev. gén. de clin.*, 40, p. 625.) — Rhumatisme, hystérie, épilepsie, chorée, chlorose, rachitisme, par Duroziez. (*Union méd.*, 29 septembre.) — Deux cas de rhumatisme articulaire accompagnés de complications anormales, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord.*, 14, p. 334.) — Congestion pulmonaire rhumatismale, par Comby. (*La médecine moderne*, 21 juillet, p. 461.) — De l'artériosclérose et du rhumatisme des membres inférieurs, par von Zœge-Manteuffel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Des arthrites chroniques rhumatismales, par Schuller. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Ankylose consécutive aux arthropathies rhumatismales et son traitement, par Lemercier. (*Thèse de Paris,* 30 nov.) — De l'infection rhumatismale, par Riva et Gualdi. (*Cong. de méd. ital. Semaine méd.*, 9 novembre.) — Des formes atténuées du pseudo-rhumatisme infectieux, par Rendu. (*Bull. méd.*, 27 novembre.) — L'importance pratique de la distinction de l'arthrite rhumatismale et de la goutte, par Garrod. (*Lancet*, 5 novembre.) — Salophène dans le rhumatisme aigu, par Flint. (*N. York med. journ.*, 30 juillet.) — Du dermatol et de ses applications dans le rhumatisme, par Bonnard. (*Thèse de Lyon.*)

Rougeole. — Sur une épidémie de rougeole et roséole, quelques exceptions rubéoliques et scarlatiniformes, par Kramsztyk. (*Jah .f. Kinderh.*, XXXIV, 2 et 3.) — La diffusion de la rougeole, par Reger. (*Centralbl. f. klin. Med.* 25, p. 72.) — De la transmission de la rougeole, par Reger (*Berlin. klin. Woch.*, p. 656, 27 juin.) — Athétose consécutive à la rougeole, par R. Massalongo. (*Riforma medica*, 3 septembre, p. 615.)

Rubéole. — Etude sur la rubéole, par Favier. (*Rev. de méd.,* août.) — La rubéole, par Comby. (*Médecine moderne*, 23 juin.)

S

Salivaire. — De l'inflammation du canal de Sténon, sans présence de calcul, par Fretier. (*Thèse de Paris*, 9 novembre.) — Un cas de calculs salivaires, par Le Dentu. (*Gaz. des hôp.*, 9 août.) — Tuberculose de la glande sous-maxillaire, par Kammerer. (*N. York surg. soc.*, 25 mai.)

Sang. — Sur les rapports de la capacité respiratoire du sang avec la température animale, par Meyer. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — L'hermérythrine, pigment respiratoire contenu dans le sang de certains vers, par Griffiths, (*Acad. des Sc.*, 31 octobre.) — Critique de l'hémomètre de Fleischl, par Dehio. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 21.) — Méthode de numération des cellules éosinophiles dans le sang frais, par Zapper. (*Ibid.*, 19.) — De l'influence des saignées sur les échanges gazeux respiratoires, par Bauer. (*München. med. Woch.*, 30, p. 537.) — De l'influence des saignées sur les échanges gazeux respiratoires, par Gurber. (*Ibid.*, 34, p. 605.) — Recherches bactériologiques du sang, par Patella. (*Cong. de méd. ital.*, *Riforma medica*, 31 octobre.) — Analyse du sang dans les tissus vivants; hématospectroscope à verres colorés bleu et jaune produisant la condensation, l'atténuation et l'extinction du spectre du sang à la surface des téguments, par Hénocque. (*Soc. de biol.*, 29 octobre et 5 novembre.) — De l'hématospectroscopie des tissus vivants comme méthode de recherche des oxydations nutritives, par Augé. (*Thèse de Montpellier.*) — Utilité de la

substitution de la pipette dite à mélange à la pipette automatique dans la détermination de l'hémoglobine au moyen de l'hématimètre de Fleisch, par N. Pane. (*Revista clinica e terapeutica*, 4, p. 193.) — Richesse en hémoglobine du sang des nouveau-nés, par Cattaneo. (*Thèse de Bâle*, 1891.) — Etude critique de l'hémoglobinomètre de Fleisch, par Dehio. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mai.) — Sur la production de sucre dans le sang aux dépens des peptones, par Lépine. (*Acad. des Sc.*, 8 août.) — Contribution à la connaissance de la leucocytose et des états analogues du sang, par Hermann Rieder. (*Leipsig.*) — Physiologie et pathologie de la destruction du sang, par Hunter. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.) — Recherches hématométriques pour l'étude de la fièvre, par Stein. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 23.) — Quelques observations sur l'état du sang dans les affections mentales, par Krypiakiewicz. (*Wien. med. Wochens.*, 25.) — De la participation des leucocytes dans la coagulation du sang, par J. Salvioli. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, mai, p. 371.) — Dix observations d'hypohématose suivies de guérison, par Maurel. (*Bull. de thér.*, 20 septembre.) — De l'action de quelques antipyrétiques de la série aromatique sur le sang, par Schmitt. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre.)

Sarcome. — Sarcome multiple, par Cohn. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Sarcomes multiples, amélioration par de hautes doses d'arsenic, par Sherwell. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.)

Saturnisme. — Intoxication saturnine due à une casserole mal émaillée, par Th. Weyl. (*Deutsche med. Woch.*, 13.)

Scarlatine. — De l'examen des streptocoques ; de leur présence dans diverses maladies et de celle du streptocoque congloméré dans la scarlatine, par Kurth. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, VIII et *Hyg. Rundsch.*, II, 488.) — Scarlatine, hoquet persistant, drap mouillé, guérison, par Chambard-Hénon. (*Lyon méd.*, 11 septembre.) — Scarlatine et éruptions scarlatiniformes dans l'état puerpéral, par Arnaud. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Abcès du larynx consécutif à la scarlatine, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 1er juil.) Scarlatine hyperthermique prolongée, par Talamon. (*La Médecine moderne*, 15 septembre.)

Sclérodermie. — De la sclérodermie en Angleterre, par Fox. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 6.) — Gangrène localisée de la jambe dans le cours d'une sclérodermie, amputation de cuisse, guérison, par Foulerton. (*Lancet*, 12 novembre.) — Sur un cas de sclérodermie en plaques, par Audry et Destot. (*Lyon méd.*, 4 septembre.) — Etude de la sclérodermie, par Wolters. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 5.) — Sclérodermie avec atrophie musculaire faciale unilatérale, par Newmark. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Un cas de sclérème chez un enfant de deux mois, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 38, p. 743.)

Scrofule. — Traitement de la scrofulose par la créosote, par Sommerbrodt. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juin.)

Septicémie. — Recherches bactériologiques sur un cas de septicémie, par Roger. (*Soc. de biol.*, 29 octobre.) — Septicopyémie cryptogénétique, par L. Cantu. (*Riforma medica*, 28 avril, p. 243.)

Spina bifida. — Pathologie du spina bifida sacro-lombaire, par Curtius. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Un cas de spina bifida opéré et terminée

par la guérison, par C. Avegno. (*Morgagni*, février, p. 133.) — Technique de l'opération du spina bifida et de l'encéphalocèle, par Bayer. (*Prager med. Woch.*, 28.) — Le traitement du spina bifida par l'extirpation (avec un cas de guérison chez l'adulte), par Ch. Powers. (*N. York med. record*, 16 juillet.)

Strabisme. — Migraines dues au strabisme, par Bane. (*Med. News*, 8 octobre.) — Blépharospasme à droite ; strabisme à gauche ; arrachement du nerf nasal et strabotomie, guérison, par Lagrange. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er octobre.)

Sucre. — Manière de se comporter des sucres et leur action dans l'organisme, par Albertoni. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Formation de glycogène après l'absorption de différentes espèces de sucre, par Lusk. (*N. York med. journ.*, 20 août.)

Suette. — La pathologie des sudamina et de la miliaire, par Coats. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.)

Sueur. — Sur l'action de la picrotoxine sur les sueurs des phtisiques, par L. d'Amore. (*Progresso medico*, 10 janvier.)

Suppuration. — De la suppuration rouge, par Ferchmin. (*Vratch*, 25.) — De l'etiologie des suppurations aiguës, par Schtschegolew. (*Chirurg. West.*, mai.)

Surdi-mutité. — Examen de 415 jeunes sourds-muets au point de vue des oreilles, du nez et du larynx, par Ames Bliss. (*Med. News*, 19 novembre.) — Les sourds-muets en Danemark, par Mygind. (*Arch. of otol.*, XXI, 4.)

Syphilis. — Syphilis et grossesse, par Augagneur. (*Province méd.*, 4.) — Syphilis et mariage, par Neumann. (*Wien. med. Wochens.*, 23.) — Stigmates de la syphilis héréditaire chez un enfant de 7 ans, par Feulard. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 novembre.) — Trois cas de syphilis acquise (chancres céphaliques) chez des enfants, par Feulard. (*Ibid.*) — De la syphilis congénitale, de ses rapports avec les affections cérébrales et nerveuses, par Erlenmeyer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.) — Considérations sur quelques cas de syphilis héréditaire anormale, par G. Molfese. (*Progresso medico*, 10 janvier.) — Syphilis congénitale cause de troubles nerveux chez l'enfant, par Hadden. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.) — Chancre induré de l'index droit, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 octobre.) — Syphilis vaccinale par revaccination avec le vaccin animal, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 173, 22 février.) — Des causes d'erreur dans le diagnostic de la syphilis, par Buret. (*Journ. des mal. cutan.*, décembre, 1891.) — Rapports qui existent entre les éléments morbides de la syphilis primitive, par Magitot. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 octobre.) — Etude sur le pronostic de la syphilis d'après la solidarité de ses manifestations, par Mauriac. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Syndrome primitif et 2e incubation ou incubation syphilitique, par Mauriac. (*Semaine méd.*, 26 octobre.) — Les commémoratifs des syphilides tardives, par O. Lassar. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 718, 18 juillet.) — Sur les formes tardives de la syphilis, par Neumann. (*Cong. de Vienne*; *Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Les différentes formes de la syphilis infantile à Bucarest, par Romniceano. (*Ibid.*) — Quelques moyens de prévenir la diffusion de la syphilis, par Allen. (*N. York med. journ.*, 17 septembre.) — Pathologie de la sy-

philis, par Ward. (*Lancet*, 10 septembre.) — Folie syphilique, par Hewth. (*Lancet*, 15 octobre.) — De la céphalée et de son traitement dans le cours de la période secondaire de la syphilis, par Lionnet. (*Thèse de Lyon.*) — Anatomie pathologique de la syphilis cérébrale, par Obermeier. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 1 à 3.) — Syphilis cérébrale, aphasie, par Heilbronner. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLIX, 1.) — Syphilis médullaire précoce, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, 15, p. 364.) — Statistique sur les rapports du tabes et de la syphilis, par Minor. (*Neurol. Centralb.*, 1er juil.) — Tabes dorsal typique et gliose centrale chez un syphilitique, par Nonne. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.) — Un cas de pseudo-paralysie syphilitique, par Chaumier. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Sur un cas de sciatique syphilique rebelle, par G. Vairo. (*Progresso medico,* 10 mars.) Un cas de polynévrite syphilitique, par F. Sorrentino. (*Riforma medica,* 25 avril.) — De l'amblyopie d'origine syphilitique, par Boé. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — De l'hémothérapie de la syphilis, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — La syphilis du cœur, par Mracek. (*Cong. de Vienne*, *Ann. de dermat.*, III, 9 et 10.) — Des affections viscérales à la période de début de la syphilis, par Engel-Reimers. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 10.) — Les plaques muqueuses buccales, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 17 novembre.) — Syphilis bucco-pharyngée, par Chauffard. (*Ann. de méd.*, 17 août.) — Affection syphilitique de la langue, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 373, 11 avril.) — De la syphilis intestinale, par P. de Michele et Sorrentino. (*Riforma medica,* 2 août.) — Contribution au diagnostic différentiel de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire, par Barbe. (*France méd.*, 42, p. 657.) — Contribution à l'histoire clinique de la syphilis pulmonaire, par A. Rubino. (*Rivista clinica e terapeutica*, 4, p. 201.) — Onyxis syphilitique, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 372, 11 avril.) — Syphilomes extragénitaux et épidémies de syphilis, par Salsotto. (*Turin.*) — Syphilomes d'un diagnostic difficile, par E. Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 43, p. 675.) — Déformation rare d'un membre par syphilis, par E. Rossi. (*Progresso med.*, 20 mars.) — Syphilis tertiaire, gomme ulcérée du gland, fistule urinaire, gomme du tissu péri-urétral, par Legrain. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — De la chloro-anémie syphilitique et mercurielle, par Stoukovankoff. (*Ann. de dermat.*, III, 8.) — Guérison très rapide d'une syphilide papuleuse confluente par l'hydrargyrie cutanée aiguë, par Mauriac. (*Gaz. des hôp.*, 9 août.) — Traitement de la syphilis héréditaire, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 34, p. 536.) — Essais d'atténuation de la syphilis, par Pellizzari. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 3.) — Une nouvelle méthode pour la guérison rapide des manifestations cutanées de la syphilis tardive, par G. Peroni. (*Giorn. R. Ac. di med. Torino*, février, p. 276.) — Sur l'utilité qu'il y a à opérer le phimosis qui complique l'ulcère vénérien, par G. Salsotto. (*Morgagni*, avril, p. 247.) — De l'excision du chancre induré, par Gerber. (*Therap. Monats.*, octobre.) — L'excision du chancre, par Fournier. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 octobre.) — Étude critique sur le traitement abortif de la syphilis, par P. Carayon. (*N. Montpellier médical*, 6, p. 723.) — Du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum à siège élevé au moyen de la méthode sacrée de Kraske, par Herczel. (*Wien. med. Wochenschr.*, 27.)

T

Teigne. — De la tricophytie des régions palmaire et plantaire, par Djélaleddin-Moukhtar. (*Ann. de dermat.*, III, 8.) — Diagnostic de la tricophytie des régions à épiderme corné, par A. Renault. (*Rev. gén. de Clin.*, 44, p. 692.) — De l'origine muridienne du favus, par Busquet. (*Ann. de dermat.*, III, 8.) — Du favus, recherches cliniques, mycologiques et histologiques, par Mibelli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — De la décroissance du favus en France, par Feulard. (*Bull Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 23 novembre.) — Les nouveaux traitements des peladiques, par P. Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 20 août.)

Température. — Action physiologique des très basses températures, par d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — Le frisson comme appareil de régulation thermique, par Richet. (*Soc. de biol.*, 19 novembre.) — Deuxième note sur les variations de la thermogenèse dans la maladie pyocyanique, par Charrin et Langlois. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Variations de température sous l'influence de l'immobilisation et de l'électricité, par Lecercle. (*N. Montpellier médical*, 44, p. 863.)

Tendon. — Recherches anatomiques et cliniques sur la suture des tendons de la face dorsale de la main, par Lenormand. (*Thèse de Paris*, 23 novembre.) — Aï crépitant de la jambe, par Pauzat. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Quintuple suture tendineuse dans une plaie du poignet, par Stierlin. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 281, 1er mai.) — Suture des tendons et des nerfs, par Lilienthal. (*N. York med. journ.*, 5 novembre.) — Section des tendons fléchisseurs de l'index, suture des bouts périphériques avec le tendon du médius, succès, par Dubrueil. (*Revue d'orthop.*, 1er novembre.) — De la ténotomie dans ses applications à l'orthopédie, par de Saint-Germain. (*Bull. méd.*, 26 octobre.)

Ténia. — Un cas très ancien de ténia diminuta chez l'homme, par Raillet. (*Soc. de biol.*, 19 novembre.) — Le ténia dans les colonies françaises, par Bérenger-Féraud. (*Bull. Acad. méd.*, 9 août.) — Distribution géographique des ténias de l'homme, par Bérenger-Féraud. (*Ibid.*, 16 août.) — Cycle biologique des ténias de l'homme, par Bérenger-Féraud. (*Tribune méd.*, 18 août.) — De l'action ténifuge de l'écorce fraîche de tiges de grenadier, par Roland. (*Rev. méd. Franche-Comté*, mai.) — Les semences de potiron comme ténifuge, par Storch. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juin.)

Testicule. — Vingt cas d'azoospermie et d'oligozoospermie, par Conrad. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 383, 15 juin.) — Kyste dermoïde du scrotum, par Reclus. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 518.) — Kystes congénitaux du scrotum, par Willett. (*Pathol. soc. of London*, 22 octobre.) — Cure radicale de l'hydrocèle par un nouveau procédé, par Quattrociocchi. (*Riforma med.*, 12 septembre.) — Du traitement de l'hydrocèle vaginale par l'incision antiseptique, par Galou. (*Thèse de Toulouse.*) — Traitement de l'épididymite aiguë, par Roerig. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Affections du testicule dans la syphilis héréditaire, par Carpentier. (*Practitioner*, septembre.) — Fongus tuberculeux du testicule, castration, par Flœrsheim. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 530.) — Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 oct. et *Rev. mal. de l'enf.*, novembre.) — Étude clinique et expérimentale sur

l'action du suc testiculaire, par Capriati. (*Ann. di nevroglia*, X, 1.) — Quelques réflexions sur les injections de Brown-Séquard, par Négel. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, VI, 4.) — Remarques sur les expériences de Capriati sur la force nerveuse et musculaire, chez l'homme, mesurée par l'ergographe de Mosso, après des injections de liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Les effets physiologiques et thérapeutiques de l'extrait testiculaire, par Hirschberg. (*Bull. de thérap.*, 15 octobre.) — Sur l'emploi du liquide testiculaire pour augmenter la vigueur du fœtus dans le sein maternel d'après un fait de Kahn, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — Ataxie locomotrice guérie par les injections de suc testiculaire, par Depoux. Remarques de Brown-Séquard. (*Ibid.*, 22 octobre.) — Obs. d'ataxie locomotrice aiguë guérie par les injections de liquide testiculaire, par Depoux. (*Ibid.*, 12 novembre.) — Influence des injections du suc testiculaire sur le cerveau, par Depoux. (*Ibid.*). Remarques de Brown-Séquard. (*Ibid.*) — Sur l'emploi du liquide testiculaire par plus de 1200 médecins et en particulier sur l'influence favorable exercée par ce liquide dans 21 cas de cancer et dans quelques autres affections, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 29 octobre.) — Sur le traitement du cancer et du choléra par le liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Acad. des Sc.*, 5 septembre.)

Tétanos. — Sur la morphologie du bacille du tétanos, par Belfanti. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, juillet, p. 574.) — Contribution à l'étude du poison du bacille du tétanos, par C. Fermi et F. Celli. (*Riforma medica*, 19 août.) — Quelques questions relatives à l'immunité pour le tétanos, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*Ibid.*, 23 août.) — De l'action des humeurs d'un animal immunisé contre le tétanos sur le virus de cette maladie, par Vaillard. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 10.) — De l'élimination du poison tétanique par les sécrétions, par C. Brunner. (*Deutsche med. Woch.*, 12 mai.) — Sur les lésions des nerfs dans le tétanos, par Achard. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 6.) — Production des contractures dans le tétanos, par Autokratow. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 5.) — Tétanos puerpéral, par Irwin. (*N. York med. journ.*, 17 septembre.) — Tétanos après une périnéorraphie, par Walker. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Deux cas de tétanos, par R. Stern. (*Deutsche med. Woch.*, 24 mars.) — Traitement du tétanos, par Albertoni. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Un cas de tétanos traumatique guéri par les injections hypodermiques d'acide phénique (méthode de Baccelli), par F. Nicola. (*Il Morgagni*, août, p. 522.) — Septième cas de tétanos traumatique traité par l'antitoxine Tizzoni-Cattani, guérison, par Casali. (*Riforma medica*, 1er juin, p. 579.) — Huitième cas de tétanos traumatique traité au moyen de l'antitoxine de Tizzoni et Cattani, guérison, par E. Finotti. (*Ibid.*, 1er juillet, p. 866.) — Cinquième cas de tétanos traumatique traité par le sang d'un animal indemne (lapin), guérison, par G. Tizzoni. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Deux cas de tétanos traités par l'antipyrine, guérison, par Cavina et Venturoli. (*Ibid.*, 23 juillet.) — Un cas de tétanos traité par les injections d'iode, par Sottas. (*Gaz. des hôp.*, 11 août.) — Deux obs. de tétanos hyperthermique traité avec succès par les bains froids, par Rivière. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 septembre.)

Thérapeutique. — La médecine vibratoire, par Chouppe. (*Bull. méd.*, 12 octobre.) — De la médication thermo-nerveuse, par Chapmann. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 15 juin.) — Le koumys, sa valeur comme aliment et reconstituant, par Bleyer. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 octobre.) — Kumysgen, poudre de Koumys, par Davis. (*N. York med. journ*, 1er oc-

tobre.) — Des savons médicinaux pulvérulents, par Eichhoff. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Pose de ventouses sans brûlure, par Aubert. (*Lyon méd.*, 28 août.) — L'usage et l'abus de la cocaïne, par Hobbs. (*Journ. of laryng.*, novembre.) — Le cactus grandiflorus et ses applications thérapeutiques, par G. Belfiore. (*Rivista clinica e terapeutica*, 2, p. 87.) — La quinine et l'ergot comme utéro-moteur, par Cordès. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 390.) — Des applications thérapeutiques de l'eucalyptéol, ou bichlorhydrate cristallisé d'eucalyptène, par Lafage. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.) — Sur l'intolérance de la créosote, par Nourry. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — De l'emploi thérapeutique du sozoïodol mercurique, par Witthauer. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 602.) — Du salophène et de son emploi thérapeutique, par Frœhlich. (*Wien. med. Wochenschr.*, 25.) — Les nouveaux hypnotiques, le trional et le tetronal, par C. Raimondi et Mariottini. (*Riforma medica*, 17 août.) — Les nouveaux sels de calcium en thérapeutique, par G. Sée. (*Médecine mod.*, 10 mars.) — Du mode d'emploi et de la valeur thérapeutique du benzoate de soude, par Liégeois. (*Rev. gén. de Clin.*, 33, p. 519).

Thorax. — Discussion sur la chirurgie du thorax. (*Brit. med. Assoc.* et *Brit. med. journ.*, 15 octobre.) — Fissure congénitale du sternum, par Sahli. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Tumeur du médiastin, par Oestreich. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er février.) — Tumeur du médiastin formée des restes du thymus simulant un épanchement péricardique, par Huber. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 février.) — De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques, par Dayot. (*Arch. prov. de chir.*, I, 5.)

Thrombose. — Thrombose de l'artère basilaire, par Mackie Whyte. (*Forfarshire med. Assoc.*, 7 octobre.) — Thrombose de la veine-porte, gangrène hémorragique de l'intestin, par R. Sachs. (*Deutsche med. Woch.*, 19 mai, p. 444.)

Thyroïde. — Sur les glandules thyroïdiennes chez le rat, par Christiani. (*Soc. de biol.*, 22 octobre.) — De l'étiologie du goître et du crétinisme dans les Pyrénées centrales, par Chopinet. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 2 octobre.) — Le goître dans les Cordillères Argentine et Chilienne, par Born. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, p. 244, 15 avril.) — De la thyroïdectomie chez le rat blanc, par Cristiani. (*Acad. des Sc.*, 5 septembre.) — Nouvelles recherches sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin, par Gley. (*Arch. de phys.*, IV, 4.) — Remarques sur quelques travaux récents concernant la physiologie de la glande thyroïde, par Gley. (*Ibid.*) — Remarques sur les recherches de Sgobbo et Samari concernant les fonctions de la glande thyroïde, par Gley. (*Ibid.*) — Effet de la thyroïdectomie chez nos animaux domestiques, par Moussu. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.) — Thyroïdite aiguë, par Givers. (*Lancet*, 22 octobre.) — Les thyroïdites aiguës, par Basso. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Diagnostic différentiel du goître et des tumeurs des corps thyroïdes accessoires, par Kugler. (*Wien. med. Wochenschr.*, 13.) — Abcès froid dans la gaine du corps thyroïde symptomatique d'une lésion du cartilage thyroïde, par Braquehay. (*Tribune méd.*, 11 août.) — Un cas de suppuration d'un goître kystique hémorragique par le bactérium coli commun, par Brunner. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Les vaisseaux sanguins du corps thyroïde dans le goître, par Horne. (*Lancet*, 26 novembre.) — Thyroïde accessoire hypertrophiée à la base de la langue, par Collins Warren. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux, par Augier. (*Thèse de Lyon.*) —

Sur le goître exophtalmique, par E. de Renzi. (*Riforma medica*, 17 juin.) — Symptomatologie et traitement chirurgical du goître, rapports de la maladie de Basedow avec le goître, par Wette. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.)

Torticolis. — Sur le traitement du torticolis par rétraction chronique ou congénitale, par Reboul. (*Marseille médical*, 18, p. 599.)

Trachéotomie. — De la trachéotomie, par Mauclaire. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — Sur deux cas de trachéotomie chez l'enfant par méthode mixte, thermocautère et bistouri, par Coculet. (*Rev. int. de rhinol.*, octobre.) — Sur vingt cas de trachéotomie, par Matucci. (*Sperimentale*, 30 septembre.) — Deux cents trachéotomies pour croup chez l'enfant, par Krause. (*Gazeta lekarska*, 23.) — Tubage et trachéotomie, étude de 858 cas, par Lovett. (*Med. News*, 27 août.) — Du traitement consécutif de la trachéotomie, nouvelle canule, par von Büngner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 4.) — Cause anormale de dyspnée après l'ablation de la canule à trachéotomie, par Clarkson. (*Edinb. med. journ.*, novembre.)

Transfusion. — Recherches expérimentales sur la valeur physiologico-thérapeutique des diverses transfusions de sang homogène et hétérogène, par Rummo et de Grazia. (*Cong. de méd. ital.* et *Riforma med.*, 27 octobre.) — Procédé simple de transfusion veineuse directe, par von Ziemssen. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 469, 9 mai.) — La pression artérielle après les saignées et les injections intra-veineuses de solutions chlorurées, par Sciolla. (*Cong. de méd. ital.* et *Riforma medica*, 2 novembre.) — Des rapports entre le chlorure de sodium, la résistance des hématies et le pouvoir altérant du sérum, par Castellino. (*Ibid.*) — Injections sodiques intra-veineuses, par Castellino. (*Ibid.*) — Du pouvoir altérant du sérum sur les hématies, par Maragliano. (*Ibid.*) — Collapsus après l'ovariotomie, transfusion (saline), guérison, par Remfry. (*Lancet*, 26 novembre.) — Technique de la transfusion d'eau salée, par Braatz. (*Deut. med. Woch.*, 36, p. 317.) — Transfusions hypodermiques répétées de sérum artificiel appliquées au traitement des inflammations pelviennes, par Chéron. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 21 septembre.) — De l'injection sous-cutanée de sang et une nouvelle méthode pour la transfusion intra-veineuse, par von Ziemssen. (*Centr. f. klin. Med.*, 25, p. 27.) — De l'emploi de la transfusion du sang chez l'homme, par Landois. (*Centr. f. klin. Med.*, 25, p. 28.)

Tremblement. — Du tremblement, par de Renzi. (*Wiener med. Woch.*, 14.)

Trichinose. — Diagnostic et anatomie pathologique de la trichinose, par Lewin. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, 1.) — De la trichinose, par Mc Collom. (*Boston med. journal*, 21 juillet.)

Trépanation. — Sur l'opportunité de la trépanation préventive, fracture de l'occipital avec enfoncement et attrition du cerveau, trépanation, guérison, par Demmler. (*Gaz. des hôp.*, 1er novembre.)

Tuberculose. — Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 2e session, 1891. Comptes rendus et mémoires. (1 vol. in-8°, *Paris*.) — Phtisie aiguë, par Dreyfus-Brisac et Bruhl. (In-8°, *Paris*, 196 p.) — Sur la prédisposition à la tuberculose, recherches expérimen-

tales, par C. Fermi et T. Salsano. (*Riforma medica,* 5 octobre, p. 25.) — Influence sur l'infection tuberculeuse de la transfusion du sang des chiens vaccinés contre la tuberculose, par Héricourt et Richet. (*Acad. des Sc.*, 14 novembre.) — Innocuité de la tuberculose aviaire pour le singe, par Héricourt et Richet. (*Soc. de biol.*, 5 novembre.) — Nouvelle méthode pour cultiver les bacilles de la tuberculose, par Morpurgo et Tirelli. (*Arch. per le sc. med.*, XVI, 13, et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.) — Les produits toxiques du bacille tuberculeux, par Prudden. (*N. York med. journ.*, 10 septembre.) — Méthode de recherche des bacilles dans les crachats tuberculeux, par Nuttall. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.) — Technique pour la coloration rapide des bacilles tuberculeux sur les pièces ayant séjourné dans le liquide de Müller, par Letulle. (*Soc. anat. Paris*, 20 mai, p. 380.) — Dispositif pour faciliter la coloration de bacilles tuberculeux, par Ch. H. Ali-Cohen. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 571, 6 juin.) — Moyen d'obtenir avec les crachats des cultures pures de bacilles tuberculeux et d'autres bactéries pathogènes, par S. Kitasato. (*Zeitsch. f. Hyg.*, XI, et *Hyg. Rundsch.*, II, 505.) — Bacilles tuberculeux dans les ganglions lymphatiques non tuberculeux, par Pizzini. (*Zeit. f. klin. Med.,* XXI, 3 et 4.) — Coloration du bacille de la tuberculose dans les tissus, par Morel et Rispal. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 20 octobre.) — Effets des bacilles tuberculeux morts et de la tuberculine sur l'organisme, par W. Wissmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 703, 11 juillet.) — Recherches sur le développement du tubercule expérimental, par Kostenitsch et Wolkow. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 6.) — Sur un cas de tuberculose humaine à virulence anomale, par Charrin et Roger. (*Soc. de biol.,* 12 novembre.) — La cause bacillaire de la tuberculose, par Middendorp. (*France méd.,* 29, p. 449.) — Étude de la transmission de la tuberculose par le lait de vache, par Dreyfus. (*Thèse de Nancy.*) — Du rapport du nombre des individus menacés de tuberculose à celui des malades réellement atteints, par F. Wolff. (*Cent. f. klin. Med.*, 25, p. 57.) — De l'infection mixte dans la tuberculose pulmonaire, par Cornet. (*Ibid.*, 25, p. 61.) — De la guérison de la tuberculose et de la biologie du bacille tuberculeux, par Klebs. (*Ibid.*, 25, p. 48.) — Mortalité par tuberculose à Munich de 1814 à 1888; contribution à l'étiologie de la tuberculose, par Weitemeyer. (*München. med. Woch.*, 26 et 27, p. 461 et 475.) — Cas anormal de tuberculose, par Coplin et Bevan. (*Americ. j. of med. sc.*, novembre.) — De la phtisie fibroïde, par Auld. (*Lancet*, 5 novembre.) — 400 cas de phtisie, par Sandwith. (*Lancet*, 24 septembre.) — Quelques difficultés pratiques dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire, par Lazarus Barlow. (*Lancet*, 22 octobre.) — Symptomatologie de la tuberculose, par Heymann. (*Berl. klin. Woch.*, 9 mai.) — Tuberculose généralisée à marche lente, par Potier. (*Soc. Anat. Paris*, juillet, p. 562.) — Du pouls chez les tuberculeux, par Henry. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Sur un cas de tuberculose pulmonaire guérie, par Heitler. (*Cent. f. ges. Therap.*, X, 10.) — Sur le foie des phtisiques, observations anatomo-pathologiques, par B. Pernice et G. Scagliosi. (*Morgagni*, septembre, p. 525.) — De la tuberculose uro-génitale, par Stintzing. (*Corr.-Bl. aert. ver. in Thuringen*, août.) — Un cas de mélanurie dans la tuberculose intestinale, par Pollak. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 688 et 711, 11 juillet.) — Des tubercules sous-cutanés douloureux, par Roy. (*Thèse de Paris*, 10 novembre.) — Avortement avec tuberculose congénitale, par Sarwey. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 1.) — Tuberculose génitale primitive pendant la grossesse; avortement au 5e mois, mort de septicémie et de tuberculose miliaire dans l'état puerpéral, par Huenermann. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 1.) — Mesure contre l'extension de la tuberculose, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 587.) — Arrêté du mi-

nistre prussien du commerce et de l'industrie relatif à la prophylaxie de la tuberculose dans les ateliers. (*Deutsche Viertelj. f. geffentliche Gesund.*, XXIV, 324.) — Conseils sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire distribués aux instituteurs, par BORNTRAEGER. (*Ibid.*, XXIV, 321.) — Traitement hygiénique de la phitsie pulmonaire, par BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 26 novembre.) — Traitement de la phtisie pulmonaire, par DAREMBERG. (2 vol., *Paris.*) — Nouvelles recherches sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par E. DE RENZI. (*Rivista clinica e terap.*, 6, p. 321.) — Guérison spontanée de la tuberculose au moyen de la rétraction chronique unilatérale du poumon, par S. PERROTTA. (*Ibid.*, 4, p. 197.) — Observations sur les injections hypodermiques d'or et de manganèse dans la tuberculose, par BLAKE WHITE. (*New York med. record*, 10 septembre.) — Administration de l'ozone dans la phtisie, par NORRIS. (*New York med. journ.*, 5 novembre.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote, par GRAHAM. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — De l'emploi du gaïacol et de l'eucalyptol dans la tuberculose, par SCARPA. (*Cong. de méd. ital.; Semaine méd.*, 12 novembre.) — Traitement intensif de la phtisie par le carbonate de gaïacol et le carbonate de créosote, par CHAUMIER. (*Cong. Assoc. franç. Bull. méd.*, 5 octobre.) — Des injections hypodermiques de créosote et de gaïacol dans la tuberculose pulmonaire, par ELOY. (*Rev. gén. de Clin.*, 21, p. 322.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'action combinée de l'iodoforme et des injections hypodermiques de sérum du sang de chien, par M. SEMMOLA. (*Progresso medico*, 20 février.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations antiseptiques, par DELTHIL. (*Bull. acad. méd.*, 6 septembre, et *Bulletin méd.*, 7 septembre.) — De la respiration de la fumée du bois de hêtre comme traitement de la tuberculose pulmonaire, par W. ALBERTSON. (*New York med. record,* 15 octobre.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé, par LABBÉ et OUDIN. (*Rev. gén. de Clin.*, 21, p. 329.) — Deux cas de tuberculose périphérique guéris par la méthode sclérogène, par IMERVAL, (*Bull. Soc. méd. Jassy*, VI, 4.) — Qu'y a-t-il de vrai sur la tuberculine, par STICKLER. (*N. York med. journ.*, 22 octobre.) — Résultats de l'emploi de la tuberculine à Adirondacksanitarium, par TRUDEAU. (*Med. News*, 10 septembre.) — Sur le mécanisme d'action et sur la valeur thérapeutique de la tuberculine, par CENTANNI. (*Archivio ital. di clin. medica*, 1, p. 41.) — Le traitement de la tuberculose expérimentale par la tuberculine de Koch, modification de Hunter et autres produits du bacille, par TRUDEAU. (*Med. News*, 3 septembre.) — Traitement de la tuberculose par la tuberculocidine, par KLEBS. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 495, 16 mai.) — Effets de la tuberculine dans la tuberculose expérimentale des lapins et cobayes, par E. CZAPLEWSKI et F. ROLOFF. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 722, 18 juillet.) — Résultats thérapeutiques de la tuberculine, par J. BORNTRAEGER. (*Deutsche med. Woch.*, 5 mai, p. 405.) — La tuberculose et la cellule vivante ; comment l'une aide l'autre dans la lutte contre la tuberculine, par DENISON. (*Med. News*, 17 septembre.) — Étude sur les inoculations de tuberculine, par G. LIPARI. (*Archivio ital. di clin. medica*, 3, p. 259.) — Traitement par la tuberculine d'un sujet à la fois syphilitique et tuberculeux, par THORNER. (*Deutsche med. Woch.*, 23 juin, p. 587.) — Du traitement combiné par la tuberculine et la tuberculocidine, par SPENGLER. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 569, 6 juin.) — — L'action de la tuberculine et les altérations anatomiques qu'elle détermine, par RIBBERT. (*Deutsche med. Woch.*, 21 avril.) — Néphrite par tuberculine, par CHAUFFARD. (*Bull. méd.*, 9 novembre.)

Tumeur. — Plaidoyer pour l'extirpation précoce des tumeurs, par GOULEY

(*New York med. journ.*, 26 novembre.) — Des tumeurs congénitales, par Pott. (*München. med. Woch.*, 37, p. 647.)

Typhoïde. — La fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'eau potable, par F. Hiram Mills. (XXIIe compte rendu annuel du département d'hygiène de l'État de Massachusetts et *Hyg. Rundschau*, II, 411.) — De la constatation du bacille typhique dans l'eau courante, par Ströll. (*München. med. Woch.*, 27, p. 473.) — Contribution à la biologie du bacille typhique, par Blachstein. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, p. 199.) — De la différenciation du bacille de la fièvre typhoïde, par Fuller. (*Boston med. journal*, 1er septembre.) — Des rapports du bacille de la fièvre typhoïde et du bactérium coli commune, par M. Vivaldi. (*Riforma medica*, 20 juillet.) — Étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de la fièvre typhoïde, par J.-W. Brannan. (*New York med. record*, p. 713, 25 juin.) — Spécificité de la fièvre typhoïde, par Fournier. (*Bull. Acad. méd.*, 15 novembre.) — Sur l'immunité contre le bacille de la fièvre typhoïde, par A. Bruschettini. (*Riforma medica*, 9 août.) — Fièvre typhoïde observée à bord de l'*Iphigénie*, par Reboul. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Notes cliniques et statistiques sur la fièvre typhoïde, par K. Studer. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 244.) — Fièvre typhoïde et gangrène symétrique des extrémités, par Sarda. (*Nouveau Montpellier médical*, 25, p. 483.) — Du typhus cérébro-spinal, par Peter. (*France méd.*, 27, p. 417.) — Un cas de typhus cérébro-spinal, par Ollier. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — Le foie dans la fièvre typhoïde, par Chéron. (*Bull. méd.*, 21 août.) — Quelques complications de la fièvre typhoïde, par Grancher. (*Bull. méd.*, 5 octobre.) — Fièvre typhoïde, thrombose des deux iliaques, thrombose méningo-cérébrale, par Girode. (*Soc. Anat. Paris*, 29 juillet.) — Troubles auriculaires dans la fièvre typhoïde, par B. Robinson. (*New York med. record*, 3 septembre.) — De la perforation intestinale dans les rechutes de fièvre typhoïde, par Garcin. (*Thèse de Lyon*.) — Contribution à l'étiologie et au traitement de la fièvre typhoïde, par Klietsch. (*München. med. Woch.*, 30, p. 535.) — Le traitement spécifique de la fièvre typhoïde, par Éliot. (*N. York med. journ*, 6 août.) — Le traitement diététique de la fièvre typhoïde, par Beatty. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 361, mai.) — Traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid, par Lépine. (*Semaine méd.*, 24 août.) — Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 22 novembre.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide dans la pratique privée, par Sihler. (*Med. News*, 19 novembre.)

U

Ulcère. — De l'ulcère rongeant, par Dubreuilh. (*Wiener med. Presse*, 9 octobre.) — Sur le bouton d'Orient, par Desenne. (*Bull. de thérap.*, 30 septembre.) — Quelques considérations sur la pathogénie du mal perforant, par P. Bothézat. (*Nouveau Montpellier méd.*, 4, p. 455.) — Traitement des ulcères de jambe, par Jessner. (*Therap. Monats.*, octobre.)

Urètre. — Un cas de prolapsus urétral chez la femme, par Græfe. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er octobre.) — Leçons sur l'urétrite chronique, par Horteloup. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — L'urétrite chronique et ses consé-

quences, par Tuffier. (*Semaine méd.*, 30 novembre.) — Urétrite goutteuse chez un saturnin, par Schrader. (*Deut. med. Woch.*, 9, p. 18.) — Lavage du fond de l'urètre ou de la vessie sans sonde, par Lydston. (*J. of cutan. dis.*, sept.) — Influence de l'asepsie et de l'antisepsie sur la prophylaxie de la fièvre urétrale, par Bryson. (*Ibid.*, sept.) — Du diagnostic différentiel entre le rétrécissement de l'urètre et le spasme de la portion membraneuse, par Bazy. (*Bull. méd.*, 7 sept.) — Rétrécissement de l'urètre chez la femme, par Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er oct.) — Rétrécissement de l'urètre. Urétrotomie interne; guérison, par Loumeau. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Diagnostic des rétrécissements de l'urètre, par Bazy. (*Gaz. des hôp.*, 6 décembre.) — Du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme; étude comparative des organes de la miction dans les deux sexes, par Genouville. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Sur un cas de rétrécissement de l'urètre, cathétérisme rétrograde après la taille hypogastrique, par Nicolich. (*Ibid.*, octobre.) — Mécanisme des guérisons des rétrécissements de l'urètre par l'urétrotomie, par Passet. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Rétrécissement de l'urètre traité par l'électrolyse et l'urétrotomie interne après récidive, par Traix. (*Ann. polyclin. de Lille*, avril.) — Le traitement du rétrécissement de l'urètre infranchissable, par Browne. (*Brit. med. j.*, 26 novembre.) — Développement métaplasique d'épithélium pavimenteux corné stratifié au niveau d'un rétrécissement de l'urètre, par Hanau. (*Corresp-Blatt. f. schweiz. Aerzts*, p. 251, 15.) — Autopsie d'un malade opéré par urétrotomie externe 10 ans auparavant, par Hanau. (*Ibid.*, p. 251, 15 avril.) — De la résection de l'urètre dans les rétrécissements infranchissables, par Picqué. (*Rev. gén. de Clin.*, 25, p. 385.) — Sur la déchirure de l'urètre par distension, par Bazy. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — 5 cas d'urétrotomie externe, par Kennedy. (*N. York med. journ.* 8 octobre.) — 4 opérations d'urétroplastie avec résultats tardifs, par Wartel. (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 août.)

Urinaires (voies). — Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme, par Picard. (In-18, *Paris.*) — Chirurgie des voies urinaires, études cliniques, par Loumeau. (In-8°, *Bordeaux.*) — Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire, par Ali Krogius. (108 p., *Helsingfors.*) — Instruments pour briser et retirer les calculs urinaires, par Chismore. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — De l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et de son traitement par la teinture de rhus radicans, par Saint-Philippe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 août.)

Urine. — Manuel clinique de l'analyse des urines, par Yvon. (In-18, 426 p., *Paris*, 1893.) — Sur l'analyse des urines au point de vue médical, par Calderon. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 25 septembre.) — Modification de la méthode de Mohr pour le titrage des chlorures dans l'urine, par Freund et Tœpfer. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 38, p. 801.) — Examen microscopique des urines et du sperme, par Posner. (*Ibid.*, 25, p. 70.) — Emploi de l'iodine trichlorée dans la chirurgie urinaire, par Belfield. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — De la recherche qualitative et quantitative de l'acétone dans l'urine, par A. Jolles. (*Wien. med. Wochenschr.*, 17.) — Glycosurimétrie clinique, par Bruel. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Nouvelle note sur l'élimination de la créosote par les urines, par Imbert. (*Montpellier méd.*, 40, p. 783 et *Bull. de thérap.*, 15 septembre.) — Nouvelles recherches au sujet de l'élimination de la créosote par les urines et nouveau mode de traitement créosoté, par Saillet. (*Bull.*

de thérap., 15 août. — L'acide urique, par Wiest. (*Med. News*, 22 octobre.) — Recherches sur les microorganismes et la toxicité des urines chez les sujets atteints de processus suppuratifs, par A. Nannotti et O. Baciocchi. (*Riforma medica*, 16 août.) — Sur le dosage volumétrique de l'acide urique, par Deroide. (*Bull. méd. du Nord*, 10, p. 232.) — Sur le moyen de doser les très petites quantités d'albumine dans l'urine, par Millard. (*Bull. acad. méd.*, 12 septembre, *Bull. méd.*, 13 septembre.) — Recherches sur une substance thermogène de l'urine, par Paul Binet. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 588.) — Une méthode pour la détermination qualitative de l'acétone contenue dans les urines, par Lupino. (*Rivista gen. ital. di Clin. medica*, 11, p. 264.) — Dosage des phénols de l'urine, par Rumpf. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janvier.) — La densité de l'urine dans le diabète, par Sieveking. (*Brit. med. j.*, 17 septembre.) — Remarques à propos de la note de Voisin sur la toxicité urinaire des épileptiques, par Féré. (*Soc. méd. des hôp.*, 1er juillet.) — Sur la formule urinaire dans l'hystérie, par Peyrot. (*Soc. de biol.*, 15 octobre.) — De l'hématoporphyrine comme pigment urinaire dans les maladies, par Garrod. (*Journ. of path. and bact.*, octobre.) — Azotométrie. Evaluation rapide de l'azote en urée, par Frémont. (*Broch.*, 12 p., *Paris.*) — Sur un cas d'hématoporphyrinurie, par D. Halliburton. (*Proceeding of the Physiologial Society*, mars 1891.) — Signification du pus dans l'urine, par Heitzmann. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — De la globuline cristallisée dans l'urine, par Byrom Bramwell. (*Rep. laborat. of college of phys. Edinburg*, IV, p. 47.)

Urticaire. — De l'urticaire, par Dubreuilh. (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre.) — A propos de l'urticaire, considérations sur la pathogénie de la lésion cutanée dans certaines dermatoses, par Jacquet. (*Gaz. des hôp.*, 24 nov.) — 2 observations d'urticaire traitée avec succès par l'antipyrine, par Papon. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Urticaire après l'administration de la pipérazine, par Bradford. (*Med. News*, 19 novembre.)

Utérus. — La position de l'utérus, par Charpy. (*Midi méd.*, avril et *Arch. de tocol.*, novembre.) — Osmose utérine, par Wells. (*Med. News*, 22 octobre.) — Progrès de la thérapeutique des inflammations chroniques et des néoplasmes de l'appareil génital de la femme, par Doléris. (*Congrès Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 2 octobre.) — Rapports des maladies utérines et des troubles psychiques chez la femme, par Rohé. (*Americ. j. of obst.*, novembre.) — Névroses et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus ; leur nature, leurs rapports, par Lacoarret. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er septembre.) — Rapport des microorganismes avec les affections de la muqueuse intra-utérine, par Laplace. (*Americ. j. of med. sc.*, octobre.) — Etiologie des prolapsus de l'utérus et du vagin, par Rueter. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 septembre.) — Inconvénients graves de l'abaissement de l'utérus dans le cas de pyosalpinx, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 septembre.) — Sur un signe de rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus, de la crête médiane postérieure, par Pichevin. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 25 septembre.) — Un cas d'inversion utérine chez une femme de 78 ans, par Schauta. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 1.) — Rétroflexion brusque avec prolapsus de l'utérus gravide. Réduction successive en plusieurs séances. Accouchement à terme, par Monod. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er octobre.) — Inversion chronique de l'utérus ; application d'un pessaire à air ; réduction spontanée après le 24e jour, par Puech. (*Montpellier méd.*, 36 p. 703.) — Opération pour la rétroflexion utérine aggravée, par Braithwaite. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Mé-

thode de Dührssen pour le traitement de la rétroflexion par la fixation vaginale, par Rosenthal. (*Americ. j. of Obst.*, septembre.) — Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines, cunéi-hystérectomie, par Thiriar. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines, par Thiriar. (*Mercredi méd.*, 26 octobre.) — Le traitement chirurgical de la rétroflexion de l'utérus, par Mackenrodt. (*Deutsche med. Woch.*, p. 491, 2 juin.) — De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical, par Rivière. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 10 juillet et *Arch. de tocol.*, octobre.) — De l'opération d'Alexander, par Cittadini. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 octobre.) — Nouvelle méthode de raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus, par Chalot. (*Cong. Assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 9 octobre.) — De la fixation de l'utérus, par Kuemmell. (*Deut. med. Zeit.*, 49.) — De la ventro-fixation de l'utérus, par Spaeth. (*München. med. Woch.*, 27, p. 471.) — Inversion aiguë de l'utérus, hémorragie post partum, guérison, par Mitchell. (*Brit. med. j.*, 22 octobre.) — Inversion chronique de l'utérus, amputation, par Ter-Mikaeliancz. (*Vratch.*, p. 99.) — Tuberculose de l'utérus, par Lepetit. (*Soc. anat. Paris*, 4 novembre.) — Remarques pour servir au diagnostic de l'endométrite chronique, par Puech. (*Arch. de tocol.*, août.) — Salpingites doubles avec utérus en rétroversion, extirpation, par Nové-Josserand. (*Lyon méd.*, 6 novembre.) — Suites éloignées des ablations d'annexes pour salpingo-ovarite, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 27 novembre.) — Recherches expérimentales sur les conditions mécaniques présidant à la naissance de l'hydrosalpinx, par Josephson. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 31.) — De l'ophorosalpingite chronique non suppurée, par Charrier. (*Gaz. méd. Paris*, 22 octobre.) — Suppurations pelviennes, par Le Bec. (*Gaz. méd. Paris*, 8 octobre.) — Nature de la soi-disant endométrite hypertrophique, par Treube. (*Congrès de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 25 septembre.) — Salpingites kystiques. Échec de la dilatation. Laparotomie, guérison, par Fournel. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 25 septembre.) — De l'hématocèle pelvienne, par Th. More Madden. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 97, août.) — Technique du traitement des suppurations pelviennes par la ponction simple, par Vuillet. (*Congr. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 21 septembre.) — Traitement de l'endométrite chronique, par Elsner. (*New York med. record*, 80.) — Utérus traité par le bâton de chlorure de zinc et enlevé par laparo-hystérectomie, par Vuillet. (*Congrès de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 25 septembre.) — Localisation des abcès tubaires comme indication de traitement, par Dorsett. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Traitement des salpingites par le curetage, par Labadie-Lagrave. (*Congr. de gynéc., Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 21 septembre.) — De l'élytrotomie interligamentaire, par Boisleux. (*La Clinique franç.*, 1er septembre.) — Endométrite et pyosalpingite, dilatation et curage, péritonite, laparotomie, mort, par Pichevin. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 7.) — Du sulfate de cuivre dans le traitement de l'endométrite et des accidents qu'il peut produire, par Matignon. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juin.) — Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites, par Mangin. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 7.) — De la thérapeutique intra-utérine, par Mackenrodt. (*Samml. klin. Vorträge*, 45.) — De l'emploi du ballon de Petersen dans les opérations pelviennes, par Leprévost. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 25 septembre.) — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par J. Chéron. (*Gaz. des hôp.*, 29 octobre.) — Du phényluréthane (euphorine) en gynécologie et particulièrement dans le traitement des érosions du col utérin, par Pinna-Pintor. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, juillet, p. 595.) — L'état actuel du traitement de l'endométrite chronique, par Theilhaber.

(*München. med. Woch.*, 26, p. 455.) — Un nouveau mode de traitement des inflammations pelviennes, transfusions hypodermiques répétées de sérum artificiel, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 septembre) — De l'ichthyol dans le traitement des métrites, par Rocaz. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er octobre.) — Tamponnement intra-utérin, par Auvard. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 25 septembre.) — A propos du tubage de la cavité utérine, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 septembre.) — Le drainage de la cavité utérine, suppurations pelviennes et gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, par Chéron. (*Ibid.*) — De la dilatation prolongée du col de l'utérus au moyen du tube en caoutchouc malléable, par Bonnaire. (*Semaine méd.*, 31 août.) — Du tubage de l'utérus en dehors de l'état puerpéral (drainage prolongé au moyen d'un tube de caoutchouc malléable), par Ransquin. (*Thèse de Paris*, 8 décembre.) — Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides, par A. Reverdin. (*Arch. prov. de chir.*, I, 4.) — Hystérectomie totale par la voie abdominale, par Lanelongue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 juillet.) — Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal, par Chaput. (*Semaine méd.*, 31 août.) — De l'hystérectomie vaginale, série de 52 cas consécutifs suivis de guérison opératoire, par Jacobs, (*Ann. de gyn.*, août.) — Disposition intra-péritonéale du pédicule dans l'hystérectomie sus-vaginale, par Graham. (*Americ. j. of Obst.*, septembre.) — Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal, par Chaput. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — De l'atrophie de l'utérus, par Gottschalk. (*Samml. klin.. Vorträge*, 49.) — Des ruptures utérines, par Fehling. (*Samml. klin. Vorträge*, 54.) — Amputation de l'utérus gravide et de ses annexes, par Fernandes. (30 p. *Lisbonne.*) — Mole vésiculaire de l'utérus, 4 cas, par Schram. (*Americ. j. of Obst.*, septembre.) — Dualité des néoplasmes, myome utérin et myxome péri-vésical, par Pluyette. (*Marseille méd.*, 15 août et *Arch. de tocol.*, novembre.) — Fibrome utérin hydrorrhéique coïncidant avec un hydro-salpinx, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 novembre.) — Des tumeurs solides primitives des ligaments larges et plus particulièrement de leur histoire et de leur pathogénie, par Lang. (*Thèse de Nancy.*) — Des troubles nerveux liés à l'évolution des gros fibromes utérins, par Guépin. (*Tribune méd.*, 13 octobre.) — Fibrome ulcéré ayant causé une artérite et une phlébite, avec gangrène des membres, par Ranglaret et Ghika. (*Soc. anat. Paris*, 28 octobre.) — Fibro-myome pesant 22 livres, développé dans le ligament large, énucléation, guérison, par Rouffart. (*La Clinique de Bruxelles*, 14 juillet et *Arch. de tocol.*, octobre.) — Des tumeurs solides primitives des ligaments larges, par Lang. (*Thèse Nancy.*) — Sur les fibromes compliquant la grossesse et leur traitement, par Martin. (*Thèse de Nancy.*) — Intervention chirurgicale pour fibromes pendant la grossesse et l'accouchement, par Croom. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Traitement des kystes intra-ligamenteux par le drainage et les injections iodées, par Rhett. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — De la myomotomie avec pédicule intra-péritonéal, par Leopold. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 1.) — Castration pour fibro-myomes, par Mendès de Léon. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Gaz. des hôp.*, 1er septembre.) — Du curage de la matrice dans le traitement des fibromes utérins, par Pichevin. (*La Médecine moderne*, 9 juin.) — Traitement des fibromes utérins, par Doyen. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 21 septembre.) — Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, par Delettrez. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Gaz. des hôp.*, 1er octobre.) —

Des corps fibreux de l'utérus et de leur traitement par l'hystérectomie abdominale, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er octobre.) — De la castration comme traitement des hémorragies dans les fibromes de l'utérus, par Charrier et Cazenave. (*Gaz. méd. Paris*, 10 septembre.) — De l'énucléation des fibromes utérins, par Engstrom. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 25 septembre.) — Sur l'ablation des fibromes utérins par la voie vaginale; morcellement et énucléation, par Blaire. (*Thèse de Paris*, 23 novembre.) — De l'énucléation vaginale des myomes utérins, par Chrobak. (*Samml. klin. Vorträge*, 43.) — Traitement chirurgical des fibromes utérins, par Bonnet. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 7.) — Traitement des fibromes utérins par les courants électriques continus, par Cauchois. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Traitement des myomes utérins par l'électricité, par Schaeffer. (*Therap. Monats*, septembre.) — Emploi du cathode des courants continus pour les myomes, par Panecki. (*Ibid.*) — Extirpation de l'utérus par la voie sus-pubienne; dix-huit cas de fibromes, par Polk. (*Americ. j. of Obst.*, novembre.) — Hystérectomie abdominale, par Price. (*Ibid.*) — Adéno-carcinome du corps utérin, par Landerer. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 1.) — Cancer de l'utérus chez les négresses, par Michel. (*Med. News*, 8 octobre.) — Un cas de cancroïde de la portion vaginale du col de l'utérus, par Siegheim. (*Deutsche med. Woch.*, 16 juin.) — De la création de méats uretéraux dans le cancer de l'utérus, par Jaboulay. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 octobre.) — De l'opération du cancer utérin, par Tipjakoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 octobre.) — Les indications de l'hystérectomie vaginale dans les affections malignes de l'utérus, par Janvrin. (*New York med. record*, 9 juillet.) — Extirpation totale pour cancer d'un utérus au 6e mois de la grossesse, par Stocker. (*Cent. f. Gyn.*, 13 août.) — De l'hystérectomie vaginale pour cancer utérin, par Duret. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables, par Houzel. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 21 septembre.)

V–X

Vaccin. — Rapport sur le service de la vaccine mobile au Tonkin, par Planté. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — De la transformation de la variole en vaccine, par Fischer. (*Semaine méd.*, 28 septembre.) — Evolution simultanée des virus vaccinal et variolique chez le même sujet, variole modifiée, par Marchand. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Des éruptions de dermatoses suscitées ou réveillées, par Mlle Waisman. (*Thèse de Paris*, 30 novembre.) — De la cause de l'immunité et de la guérison des maladies infectieuses, par Emmerich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 470, 9 mai.) — De l'immunité et de la résistance à l'intoxication, par Wassermann. (*Cent. f. klin. Med.*, 25.) — Discussion sur l'immunité, la phagocytose et chimiotaxisme. (*Brit. med. assoc.*, *Brit. med. j.*, 5 novembre.) — L'immunité dans les maladies infectieuses, par Metchnihoff. (*Semaine méd.*, 26 novembre.) — Expériences sur les vaccins phéniqués de Haffkine, par Tamamkheff. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 10.) — Des substances vaccinantes du sérum, par Buchner. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 25, p. 42.) — De la guérison des maladies infectieuses par immunité conférée secondairement à l'aide de bouillons de cultures concentrées, par G. et F. Klemperer. (*Berlin. klin. Wochen.*, 421, 2 mai.) — Production de l'immunité contre le choléra des porcs chez le cochon d'Inde par le sérum sanguin provenant d'animaux vaccinés, par de Schweinitz. (*Med. News*, 24 septembre.) — Les buts pratiques de la médication par le sérum sanguin et les méthodes de conférer l'immunité afin d'obtenir du sérum curateur, par Behring. (*Leipzig.*)

Vagin. — Transformation périodique de l'épithélium vaginal des rongeurs. par LATASTE. (*Soc.de biol.*, 15 octobre.) — Le traitement chirurgical des kystes de la glande vulvo-vaginale, par DORAN. (*London med. Soc.*, 31 octobre.) — Cancer des petites lèvres, de la portion vaginale et de la mamelle, par ZEISS. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 oct.) — Absence congénitale du vagin et des annexes gauches. Castration, indications opératoires, par BOURSIER. (*Cong. de gynéc. Bruxelles,* et *Bull. méd.*, 28 septembre.) — Absence congénitale du vagin, par FULTON. (*Americ. j. of obst.*, septembre.) — Un cas d'établissement d'un vagin artificiel au moyen d'une nouvelle méthode opératoire, par SNÉGUIREFF. (*Arch. de tocol.,* août.) — De l'épisioplastie, par KUESTNER. (*Samml. klin. Vorträge*, 42.)

Vaisseau. — Du développement des vaisseaux et des globules sanguins dans l'épiploon des embryons de cobayes, par TOUPET et SÉGALL. (*Soc. de biol.*, 30 juillet.)

Varice. — Le varicocèle, par HORTELOUP. (*France méd.*, 26, p. 401.) — Varicocèle chez la femme, par PETIT. (*Cong. de gynéc. méd. Bruxelles* et *Bull. méd.*, 28 sept.) — Des varices, par L. VON LESSER. (*Berlin.*) — Le traitement palliatif des varices, par ELOY. (*Rev. gén. de Clin.*, 35, p. 556.) — Remarques sur le traitement des varices et des affections qui en dépendent, par E. MAYLARD. (*Glasgow med. journ.*, p. 181, mars.) — De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices, par CHARRADE. (*Thèse de Paris*, 16 novembre.)

Varicelle. — Abcès à streptocoques stériles survenu à la suite de la varicelle au niveau d'un cal d'ostéotomie, par E. KUMMER. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 387.) — Incubation et contagion de la varicelle, par TALAMON. (*La méd. moderne*, 19 mai.) — Rash de la varicelle, par GILET. (*Rev. gén. de Clin.*, 24, p. 376.)

Variole. — Epidémie de variole à Bordeaux, par LAUGA. (*Cong. assoc. franç.*, *Bull. méd.*, 25 septembre.) — La question de l'identité de la variole et de la varicelle, par FREYER. (*Zeit. f. Hyg.*, XII, 3.) — Des varioles frustes, par COSTE. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Modifications locales des pustules dans trois cas de variole, par PRAUTOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre.) — Des abcès consécutifs à l'éruption variolique, par COMBEMALE et MARIVINT. (*Bull. méd. du Nord.*, 10, p. 217.) — Mort par le streptocoque dans la variole, par LE DANTEC. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Variole hémorragique, contagion avant l'éruption. par DUBREUILH. (*Arch. clin. Bordeaux.*, 1er septembre.) — Variole fœtale, par LAMBINON. (*Journ. d'accouchement*, 15 juin.)

Veine. — Sur les veines du rectum et de l'anus, par QUÉNU. (*Soc. anat. Paris*, juillet, p. 601.) — Des troubles nerveux consécutifs aux phlébites, par VAQUEZ. (*Gaz. hebd. Paris,* 13 août.) — Maladies des veines caves, par COMBY. (*Méd. moderne*, 5 mai.) — Phlébite hyperplasique, par HANDFORD. (*London clin. soc.*, 11 novembre.)

Vessie. — Recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie, par VON ZEISSL (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Sphincter interne de la vessie, par PILLIET. (*Bull. soc. anat. Paris*, juillet, p. 609.) — Etude des valvules du col vésical, par POPPERT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Sur un cas d'hématocèle vésicale, cystostomie sus-pubienne, guérison, par TUSSAU. (*Lyon méd.*, 18 septembre.) — Des péricystites, par HALLÈ. (*Annal. mal. org. gén. urin.,* nov.) — Traitement de la

cystite tuberculeuse par la cystostomie sus-pubienne, urètre contre nature, par Ogier. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de la tuberculose vésicale par la taille sus-pubienne, par Bell. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Mort consécutive à une ponction aspiratrice de la vessie, par Dyer Sanger. (*N. York med. journ.*, 10 septembre.) — Calculs de la vessie, leur ablation. par Forbes. (*Med. news*, 22 octobre.) — De la cystite calculeuse, par Guyon. (*Progrès médical*, 13 avril.) — Un cas de vessie sacculée avec autopsie, par Cabot. (*Boston med. journ.*, 25 août.) — Calcul vésical, 66 grammes, taille hypogastrique, par Gangolphe. (*Lyon. méd.*, 30 oct.) — Cystite chronique avec petits kystes vésicaux formés par des amibes, par Juergens. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 566, 6 juin.) — Des calculs enchatonnés de la vessie, par Bazy. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII., p. 466, et *Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Traitement de certaines cystites subaiguës par le retinol au salol, par E. Desnos. (*Rev. gén. de clin.*, 22, p. 339). — Irrigation de la vessie dans la cystite chronique chez la femme, par Lobingier. (*Med. News*, 15 octobre.) — Une complication rare de la cystocèle, par Rheinstaedter. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 septembre.) Traitement des cystites par les injections intra-vésicales d'iodoforme éthéré huileux, par Oker-Blom. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — De la lithotritie chez les obèses, par Bazy. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 16 novembre.) — Essai sur la taille hypogastrique, par Boisserie. (*Thèse de Toulouse.*) — Calculs intermittents de la vessie, obscurités du diagnostic, taille périnéale, guérison, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 octobre.) — Taille hypogastrique pour calculs enkystés migrateurs, par Horteloup. (*Gaz. méd. Paris*, 12 novembre.) — Sur la taille hypogastrique sans syphon, par G. Bernabeo. (*Riforma medica*, 18 mai.) — Une forme rare d'exstrophie de la vessie, par G. Sperino. (*Giorn. R. accad. di medic. Torino*, juillet, p. 612.)

Vieillard. — De la résistance aux maladies dans l'âge avancé, par Ayer. (*Boston med. journ.*, 18 août.) — Un cas de sénilité anticipée, par Mairet. (*Montpellier méd.* 35, p. 683.)

Vin. — Sur la présence de l'acide formique dans les raisins et dans les vins, par Khoudabachian. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 9.) — Analyse du vin d'airelles, par J. Forster, (*Weekb. von het. Nederl. tijdschr. v. Geneesk.* et *Hyg. Rundsch.*, II, 428.) — Etude des levures du vin, par Kayser. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 8.)

Vitré (Corps). — Des cordons embryonnaires persistants du corps vitré, par Otto. (*Beiträge zur Augenh.*, juin.) — Hémorragie du corps vitré, par Juler. (*Opht. soc. of Unit. Kingdom*, 20 octobre.) — Des hémorragies du corps vitré chez des jeunes gens, par Essad. (*Rec. d'opht.*, avril.) — Des injections sanguines dans le corps vitré, par Prœbsting. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.)

Vomissement. — Inhibition du vomissement, par Sabbatani. (*Bull. sc. med. Bologna*, sér. VII, vol. 3, et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 2.)

Xanthelasma. — Deux cas de xanthelasma chez des enfants, par Robinson. (*Lancet*, 19 novembre.)

Xanthome. — Xanthome des diabétiques, par Morris et Clarke. (*Brit. j. of Dermat.*, août.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Offene Fragen des pathologischen Embryologie, par W. HIS (*Virchow's Festschrift*, *p.* 177, 1891).

L'auteur détermine d'abord par des statistiques et des observations l'époque moyenne des avortements. Il revient ensuite sur son ancienne classification des formes pathologiques d'embryons en nodulaires, cylindriques et atrophiques. Les premières sont relativement assez rares (5 cas sur 45). Puis il décrit un embryon à forme atrophique de 8 mm. A ce propos, His fait remarquer que tous les embryons avortés ont ceci de commun, que leur corps est infiltré de cellules migratrices. Giacomini a d'ailleurs déjà insisté sur le caractère lymphoïde des éléments qui envahissent tous les organes. De l'ensemble des observations actuellement connues découlent les conclusions suivantes :

1° Des embryons qui, pour une raison quelconque, sont arrêtés dans leur développement peuvent, sans être détruits ni résorbés, subsister pendant des semaines ou même des mois à l'intérieur des enveloppes.

2° Les premières modifications consistent en une sorte de gonflement des organes nerveux centraux, ce qui, d'habitude, a pour conséquence des déformations plus ou moins accentuées de l'extrémité céphalique.

3° Bientôt alors survient une infiltration des différents organes et tissus par de petites cellules migratrices. Les limites des organes deviennent confuses, mais leurs éléments peuvent subsister longtemps encore. Enfin, cependant, ils se détruisent aussi.

4° Les conséquences extérieurement appréciables de ces changements internes, sont : l'aspect trouble et le ramollissement de l'embryon, ainsi que la disparition de tous les détails de la surface du corps.

Reste à résoudre une série de questions : d'où proviennent les cellules qui infiltrent l'embryon, et quel est leur sort? Comment se fait-il que chez les embryons morts les membranes continuent à s'accroître, le liquide amniotique à augmenter de volume? Pourquoi, enfin, l'embryon ne disparaît-il pas? A. NICOLAS.

Anatomie fine des ganglions du sympathique, par L. SALA (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 439, 1893, *et Monitore zoologico italiano. Florence,* 30 *septembre* 1892).

L'auteur a étudié le ganglion cervical inférieur (qu'il appelle ganglion stellatum, au lieu du premier thoracique) chez les chiens, chats, bœufs, cobayes, rats. Voici les faits qu'il a observés : 1° Les cellules nerveuses sympathiques sont des éléments multipolaires à nombre variable de prolongements protoplasmiques et à un seul prolongement nerveux ou fonctionnel. 2° Dans chaque ganglion sympathique courent deux sortes de fibres nerveuses : *a* fibres nerveuses, indivises, variqueuses, ondulées, en faisceaux plus ou moins gros parcourant le ganglion dans tous les sens ; *b* fibres plus robustes non variqueuses, fournissant des ramifications de plus en plus fines. — Ces dernières fibres, plus rares que les premières, existent surtout dans les rameaux communicants. 3° Les fibres qui restent indivises ne sont que les prolongements nerveux des cellules du sympathique ; il est probable que les fibres qui se ramifient appartiennent au système cérébro-spinal. 4° Les unes et les autres forment, dans le ganglion du sympathique, un entrelacement ou réseau nerveux très fin, d'aspect caractéristique, qui s'étend dans tout le ganglion entre les cellules. 5° Entre ce réseau nerveux et les cellules du sympathique existent des rapports de contiguité très intimes, en ce que chaque corps cellulaire est étroitement entouré par un nombre plus ou moins grand de fibres nerveuses qui forment réseau autour de lui. 6° Les prolongements protoplasmiques des cellules du sympathique ne prennent aucune part à la formation de ce réseau nerveux diffus. La disposition décrite par Ramon y Cayal est purement accidentelle. DASTRE.

Développement des ganglions intervertébraux du lapin, par MORPURGO et TIRELLI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 413, 1893).

La multiplication des éléments spécifiques du ganglion intervertébral du lapin a lieu par scission nucléaire indirecte de cellules germinales et d'éléments fusiformes bipolaires. Ce processus a lieu dans les premiers temps de la vie intra-utérine avant que le fœtus ait atteint 4 centimètres de longueur. — Les éléments interstitiels, au contraire, se multiplient par karyokinèse pendant toute la vie intra-utérine, et dans les premières semaines après la naissance. — Dans les cellules ganglionnaires bien caractérisées, on ne peut démontrer à aucune époque la scission ni directe, ni karyokinétique. — Le nombre des cellules ganglionnaires ne varie plus. On trouve cependant des éléments vieux dans des ganglions jeunes et des éléments jeunes dans les ganglions adultes. Il semble résulter de là que le processus de multiplication des éléments ganglionnaires cesse très vite, mais que la différenciation successive d'éléments préformés, mais non encore parfaits, continue. DASTRE.

Zur Lehre der Innervation der Blutgefässe (Sur l'innervation des vaisseaux sanguins), par J. JEGOROW (*Archiv für Physiologie. Suppl., p.* 69, 1892).

Les nerfs vasculaires pour les pattes postérieures de la grenouille se trouvent dans les cordons thoraciques et abdominaux du grand sympa-

thique, ils s'anastomosent avec le plexus sacré et se jettent ensuite directement sur les vaisseaux du membre postérieur qu'ils suivent dans leur trajet jusqu'à la membrane natatoire. Les nerfs vasculaires restent donc entièrement séparés des nerfs cérébro-spinaux : le sciatique, le crural n'en contiennent pas. Les nerfs vasculaires sont formés de fibres à myéline qui courent à la surface de l'adventice; ils fournissent des fibres sans myéline qui pénètrent dans l'épaisseur des tuniques artérielles et y forment deux plexus, l'un situé dans les parties profondes de l'adventice, l'autre dans le voisinage des éléments musculaires. Ce dernier plexus est riche en ganglions présentant trois variétés de cellules nerveuses. Les nerfs vasculaires se fatiguent très vite.

L'auteur décrit les phénomènes que l'on observe au microscope sur les artères et les veines de la membrane interdigitale, à la suite de l'excitation des nerfs vasculaires : variations de calibre, variations dans la rapidité du courant sanguin, etc. LÉON FREDERICQ.

De l'origine du nerf oculo-moteur commun, par van GEHUCHTEN (*La Cellule*, 1892, *VIII*, 2e *fasc.*, *p.* 421-430, *et Bullet. de l'Acad. royale de Belgique*, 3e *série*, *XXIV*, *n*° 11).

Après avoir indiqué ,avec détails, l'état de la question concernant les origines du nerf oculo-moteur commun et la disposition de ses fibres radiculaires, l'auteur expose le résultat des observations qu'il a faites sur des embryons de canard, à l'aide de la méthode de Golgi. Chez cet animal, il existe un entre-croisement partiel des fibres radiculaires, les fibres entre-croisées provenant à la fois des cellules de la partie dorsale et des cellules de la partie ventrale du noyau d'origine, et se rendant principalement dans la partie interne ou médiane du nerf périphérique. Les fibres du faisceau longitudinal postérieur émettent, sur leur trajet, au niveau du noyau d'origine du nerf de la troisième paire, un grand nombre de branches collatérales ; celles-ci viennent en contact, par leurs ramifications terminales, avec les prolongements protoplasmatiques des cellules radiculaires. A. NICOLAS.

Die Sehnervenkreuzung beim menschen (Le croisement des nerfs optiques chez l'homme), par HEBOLD (*Græfe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 1).

Chez un individu de 43 ans, qui a succombé à la suite de paralysie progressive, et qui avait perdu l'œil gauche dans son jeune âge, l'auteur a pu faire des coupes horizontales du chiasma. La dégénérescence du nerf optique gauche a pu être suivie jusque dans le chiasma, et on a pu voir qu'aucune fibre ne pénétrait dans le nerf du côté opposé; toutefois, la dégénérescence va au delà du chiasma qui n'est nullement un point d'arrêt pour celle-ci, ainsi que le prétend Michel ; de plus, chaque nerf optique se compose de deux faisceaux dont l'un vient du tractus droit, l'autre du gauche. ROHMER.

I. — On the relation of the posterior root in the medulla and cord, par Howard TOOTH (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 773).

II. — On the larger medullated fibres of the sympathetic system, par W. LANGLEY (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 766).

III. — Geminal nerve-fibres. Dichotomous branching of medullated fibres in the brain and spinal cord, par C. S. SHERRINGTON (*Proceedings of the Physiological Society*, 25 *juin* 1892, *in The Journal of Physiology*, *XIII*).

I. — 1° Les racines postérieures sont les seuls points de pénétration des impressions sensitives ou centripètes dans le système nerveux spinal ; 2° dans le bulbe, la cinquième paire constitue le grand nerf sensitif correspondant à un nombre inconnu de racines postérieures ; 3° sa prétendue racine ascendante se prolonge dans la moelle jusqu'au niveau de la seconde racine cervicale, en émettant des fibres tout le long du trajet à travers la substance gélatineuse ; 4° anatomiquement, il est possible de diviser les fibres de la racine postérieure en trois groupes : un groupe pénétrant dans la colonne postéro-latérale, distribué en partie à la colonne médiane postérieure, en partie à la base de la corne, pour passer de là à la colonne vésiculaire postérieure et à la corne antérieure. — En second lieu : un groupe moyen pour la substance gélatineuse et ses plexus. — En troisième lieu : un groupe latéral pour la zone limitante ; 5° la racine ascendante de la cinquième paire dans ses relations anatomiques avec la substance gélatineuse répond au groupe moyen d'un certain nombre de racines postérieures ; 6° au niveau de la deuxième paire cervicale, la racine ascendante et la seconde racine spinale postérieure sont unies, la première passant dans la substance gélatineuse, — la seconde autour d'elle, dans la substance spongieuse ; 7° on ne possède pas de méthode expérimentale pour distinguer les différentes formes d'impressions sensitives qui sont conduites par ces diverses fibres ; 8° certains faisceaux dégénèrent après section des racines postérieures ; mais les lésions expérimentales de ces faisceaux eux-mêmes ne fournissent que des résultats incertains quant à la nature des sensations ; 9° la subtance gélatineuse est en continuité avec celle de la moelle ; 10° c'est une substance nerveuse, actuellement active, et non pas un vestige embryonnaire. C'est un long noyau sensoriel qui s'étend de la cinquième paire à la région sacrée ; 11° cette substance gélatineuse constituerait le trajet des impressions sensitives.

II. — L'auteur a publié dans les *Philosophical Transactions* un travail sur l'origine médullaire du sympathique cervical et thoracique supérieur, avec observations relativement aux rami-communicantes blancs et gris. D'autre part, Edgeworth a récemment publié un travail dans le Journal of Physiology qui présente avec celui de l'auteur des points communs et des différences que l'auteur met en lumière.

III. — Certaines fibres du faisceau pyramidal se bifurquent dichotomiquement, une fibre unique en fournissant deux autres. De même, certaines fibres du corps calleux et de la moelle, chez l'homme, le singe et le chien. S. admet que la diminution de volume des faisceaux dégénérés dans le cordon de Goll, lorsqu'on remonte dans la région cervicale, tient précisément à cette disposition. — Ramon y Cajal et Kölliker ont vérifié la réalité de cette division dichotomique. DASTRE.

Are the muscular fibres of the auricle completety separated from those of the ventricle? par Stanley KENT (*Proceed. of the physiol. Soc.*, *XIV*, *janvier* 1893).

On dit habituellement que dans le cœur des mammifères les fibres

musculaires de l'oreillette et du ventricule sont complètement séparées, d'où résulte que l'onde de contraction ne peut point passer par la substance musculaire.

L'auteur a recherché chez le rat nouveau-né la disposition des fibres et trouvé qu'il y avait en réalité des connexions musculaires dans les trois points suivants : paroi inférieure de l'oreillette droite et ventricule droit, de même pour l'oreillette et le ventricule gauches, et enfin connexion entre la cloison des oreillettes et celle des ventricules. — Chez l'adulte, la disposition est un peu masquée par le développement du tissu conjonctif.

Chez le singe, dans le tissu conjonctif interposé à l'oreillette et au ventricule, il y a des fibres musculaires, modifiées, nucléées, granuleuses, bien développées. — Chez les animaux nouveau-nés où le cœur reste très longtemps excitable après la mort, une onde artificiellement provoquée peut passer de l'oreillette au ventricule ou du ventricule à l'oreillette. La durée de la transmission est en rapport avec la perfection de la connexion musculaire.

L'excitation du pneumogastrique déprime cette conductibilité. — La pause entre les systoles auriculaires et ventriculaires tiendrait à la transmission à travers ce tissu musculaire rudimentaire. DASTRE.

Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Arterien beim menschlichen Embryo, par ASCHOFF (*Morphol. Arbeiten, herausg. v. G. Schwalbe, II*, 1, *p.* 1-35, 1892).

Les principaux résultats de ces observations, qui ont porté sur quatre troncs artériels (humérale au 1/3 proximal; fémorale, sous le ligament de Poupart; aorte abdominale, carotide primitive à sa partie moyenne) sont les suivants :

La *tunique interne* n'est représentée pendant les deux premiers mois que par l'endothélium, en dehors duquel on voit apparaître, chez un embryon de 5,6 centimètres (longueur totale), une membrane transparente qui doit être considérée comme l'ébauche de l'élastique interne. Au quatrième mois, cette membrane est bien développée partout; elle augmente dès lors d'épaisseur mais irrégulièrement. Dans l'humérale et la fémorale, cette état persiste jusqu'à la naissance et même jusque dans les premières années de la vie, tandis que dans l'aorte et la carotide, de nouvelles couches font leur apparition, déjà pendant la deuxième moitié de la vie intra-utérine. On voit entre l'endothélium et l'élastique interne, une zone claire renfermant de petits noyaux arrondis. Cette zone, chez le nouveau-né, renferme deux séries de noyaux allongés longitudinalement et de fines fibres élastiques. L'élastique interne de l'aorte et de la carotide devient fenestrée dans les derniers mois; celle de la fémorale et de l'humérale ne subit cette transformation que chez le nouveau-né.

La *tunique moyenne* dérive directement du tissu conjonctif embryonnaire. Jusqu'au quatrième mois, la différenciation des éléments musculaires, consiste dans l'arrangement de plus en plus serré des noyaux en couche concentrique autour de la lumière du vaisseau. Puis les noyaux deviennent fusiformes, surtout dans l'humérale et la fémorale. Les éléments élastiques apparaissent partout au quatrième mois. A cette

époque également la tunique moyenne commence à se limiter du côté de l'adventice par une élastique externe (humérale et fémorale).

La *tunique externe* n'est pareille dans les quatre artères que tout au début de sa formation. Au troisième mois, elle se reconnaît à l'arrangement concentrique de ses noyaux autour de l'ébauche de la tunique moyenne. Cette différenciation s'opère, pour l'humérale, à la fin du troisième mois; pour les autres artères, d'autant plus tôt que l'artère est plus volumineuse. A partir du quatrième mois, les processus varient suivant les vaisseaux. Dans l'humérale et la fémorale, l'adventice se divise en une couche interne longitudinale et une couche externe d'abord circulaire puis irrégulièrement orientée. Dans la première, se développent plus tard les éléments élastiques. Les vasa vasorum apparaissent au sixième mois. Dans la carotide et l'aorte, cette séparation en deux couches ne se fait pas. Dans la carotide, les vasa vasorum s'observent dès le troisième mois; dans l'aorte seulement au cinquième mois.

A. NICOLAS.

Ueber die Arteria circumflexa ilium, par Hermann STIEDA (*Anat. Anz.* 1892, *VII Jahrg.*, *n*os 7-8, *p.* 232).

Parmi les branches musculaires que l'artère circonflexe iliaque envoie, depuis son origine jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, entre les muscles petit-oblique et transverse, il en est une particulièrement remarquable par sa taille, que l'auteur désigne sous le nom d'A. épigastrique externe ou mieux latérale. Cette branche naît, dans la plupart des cas, à 4 ou 6 centimètres et demi, mesurée le long de l'arcade crurale, en avant et au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se dirige en haut en décrivant une légère courbure. Souvent elle dépasse le niveau de l'ombilic, surtout quand elle supplée le rameau ascendant de la circonflexe. Elle passe à 4 ou 5 centimètres et demi en dedans de l'épine iliaque, croise ensuite la ligne de Monro, qui unit l'ombilic à l'épine iliaque, à un demi ou 3 centimètres et demi en dehors du milieu de cette ligne. Rarement cette branche passe juste sur le milieu de la ligne de Monro; quand c'est le cas, on risque de la blesser en ponctionnant l'abdomen.

A. NICOLAS.

Beiträge zur Histologie der Glandula carotica, par A. SCHAPER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XL*, 2, *p.* 287-320).

La glande carotidienne existe vraisemblablement chez tous les mammifères. Chez les oiseaux, il n'y a pas d'organe homologue, du moins dans le voisinage de la bifurcation de la carotide. La glande carotidienne des batraciens et des salamandrines n'est pas non plus l'homologue de celle des mammifères. Chez les poissons, on ne l'a pas davantage observée jusqu'alors, cependant il semble que le « cœur axillaire » décrit par Leydig chez *Chimœra monstrosa,* ainsi que chez les raies, ait la même valeur que la glande carotidienne. Les artères de cet organe ne forment pas de réseau admirable, mais se résolvent au niveau des « boutons cellulaires » en un réseau pelotonné de capillaires relativement larges et fréquemment anastomosés.

Chez l'homme, dans un âge avancé, il survient un accroissement no-

table des vaisseaux et du tissu conjonctif, de sorte que les parties glandulaires de l'organe diminuent d'importance. La glande est riche en nerfs à moelle et sans moelle; les cellules nerveuses y sont rares. Celles que l'auteur a observées étaient multipolaires. Quant aux capillaires, ils affectent toujours des rapports très étroits avec les éléments épithélioïdes qui se groupent autour d'eux. Les cellules propres de la glande ont une taille assez considérable, une forme arrondie ou polyédrique. Dans ce dernier cas, l'apparence épithéliale est très accentuée. Le noyau est relativement volumineux et sphérique. Le protoplasma est extrêmement délicat, et l'hyaloplasme prédomine, ce qui explique la difficulté que l'on a d'observer des éléments en bon état; il n'y a pas de membrane autour de lui. Ces éléments sont logés en groupes dans un réticulum conjonctif spacieux, qui envoie seulement çà et là de fines fibrilles dans les interstices cellulaires. A l'état normal, ils remplissent complètement les mailles du réticulum. Dans un âge avancé, il se fait une destruction spontanée des cellules. A. NICOLAS.

Du ganglion inter-carotidien, par H. STILLING (*Recueil inaugural de l'Université de Lausanne*, 1892).

D'après les observations de Stilling, le ganglion inter-carotidien ne serait ni un simple lacis vasculaire, ni un organe rudimentaire, mais une glande vasculaire sanguine, d'une structure comparable à celle des capsules surrénales, et méritant d'être rangée à côté des corpuscules qu'il a découverts naguère le long du sympathique abdominal et qu'il regarde comme des capsules surrénales supplémentaires. Chez tous les animaux qu'il a examinés, il a trouvé, disséminés ou groupés en plus ou moins grande abondance dans l'épaisseur de l'organe, des éléments dont le protoplasma se colore en brun sous l'action du bichromate de potasse. Ces cellules brunes sont caractéristiques des capsules surrénales. La masse principale du ganglion est constituée par des amas de cellules qui offrent beaucoup d'analogie avec les éléments dont se composent les petites capsules surrénales accessoires, formées seulement de substance corticale, et qui affectent avec les vaisseaux capillaires des rapports étroits quoique moins intimes qu'on ne l'a soutenu. A. NICOLAS.

Die Nervenendigungen in den Speicheldrüsen (Les terminaisons nerveuses dans les glandes salivaires), par P. KOROLKOW (*Anat. Anz.* 1892, *VII Jahrg.*, *n°* 18, *p.* 580).

L'auteur s'est servi pour étudier les nerfs des glandes salivaires (sous-maxillaire et parotide) de la méthode au bleu de méthylène et de la méthode de Golgi. Les glandes salivaires possèdent des nerfs à myéline et des nerfs dépourvus de myéline qui entrent dans la glande en accompagnant les conduits excréteurs et les vaisseaux. Les troncs nerveux se divisent en rameaux de plus en plus fins qui atteignent finalement les lobules secondaires. A cet endroit, les nerfs à myéline se séparent des nerfs privés de myéline. Ceux-ci s'insinuent entre les lobules primaires et s'y résolvent en fibrilles isolées. Les uns et les autres enveloppent de tous côtés les lobules primaires et forment autour d'eux un réseau à mailles serrées, réseau interlobulaire, dans lequel

existent des cellules ganglionnaires groupées ou isolées. Du réseau interlobulaire partent les fibres destinées aux vaisseaux et aux conduits excréteurs, ainsi que d'autres qui s'enfoncent entre les alvéoles glandulaires. Ces dernières constituent des plexus interalvéolaires. De ce plexus se séparent des fibrilles terminales qui traversent la membrane propre des alvéoles et se réduisent au-dessous d'elle en filaments variqueux extrêmement fins, anastomosés entre eux et formant en définitive un réseau terminal, le réseau supra-cellulaire. A. NICOLAS.

Ueber das Epithel der Ausführungsgänge der grösseren Drüsen des Menschen (L'épithélium des conduits excréteurs des grosses glandes de l'homme), par H. STEINER (*Arch. f. mik. Anat., XL, p.* 484, 1892).

Les gros conduits excréteurs des glandes salivaires (sous-maxillaire, sublinguale, parotide) possèdent tous un épithélium formé de deux couches, une superficielle de cellules cylindriques et une profonde de cellules basses. Cet épithélium à deux strates se prolonge dans les canaux de plus faible calibre et se continue par une transition graduelle avec l'épithélium cylindrique à une seule couche qui revêt les plus petits canaux de 0,003 millimètres de diamètre. Les cellules épithéliales diminuent de hauteur à mesure que les canaux deviennent plus étroits. Le canal de Sténon est pourvu d'une membrane basale; celui de Warthon renferme des fibres lisses orientées longitudinalement.

Les principaux conduits excréteurs du pancréas et du foie sont tapissés d'un épithélium cylindrique à une seule couche, qui atteint sa plus grande hauteur (0,005 millimètres) dans la vésicule biliaire et sa plus faible dans le canal pancréatique. Dans le canal cholédoque on y rencontre des cellules caliciformes. Ces éléments épithéliaux sont dépourvus d'un liseré cuticulaire. Dans la paroi de ces conduits se trouvent des fibres lisses généralement circulaires et de nombreuses glandules muqueuses (canal de Wirsung, canal cholédoque).

L'épithélium du canal déférent est tantôt du type cylindrique à deux couches avec cils dans le voisinage de l'épididyme, tantôt pavimenteux stratifié, et se rapproche alors de l'épithélium de transition que l'on trouve entre la vessie et l'uretère. A. NICOLAS.

Zur Leber und Pankreasentwickelung (Sur le développement du foie et du pancréas), par W. FELIX (*Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth., p.* 281-321, 1892).

Foie. Le foie du poulet se développe aux dépens de deux gouttières impaires situées sur la face ventrale de l'intestin antérieur. Par suite de la fermeture de ces gouttières, les conduits hépatiques (cranial et caudal) se trouvent formés. Leur accroissement en longueur résulte de l'étranglement progressif de la paroi intestinale, de sorte que les orifices des deux conduits se déplacent sur toute la longueur du duodénum primitif. Le conduit cranial est situé au côté dorsal du sinus veineux, le conduit caudal à son côté ventral, tous deux fournissent la masse glandulaire du foie. Le cranial d'ailleurs disparaissant en donne moins que le caudal. Cette masse glandulaire forme un manchon cylindrique autour du sinus veineux.

Le conduit caudal donne naissance à la vésicule biliaire. Il se divise en un canal cystico-entérique et un canal cystico-hépatique. Pendant le développement de la vésicule biliaire le canal cystico-hépatique primaire s'oblitère, de sorte que la vésicule, pendant un certain temps, n'est unie à la masse du foie que par un cordon plein, d'où dérivent plus tard de nouveaux canaux cystico-hépatiques. Cette oblitération enlève au foie son conduit excréteur principal, lequel se trouve alors remplacé par le conduit hépatique cranial.

Le lapin et l'homme possèdent également deux conduits hépatiques, cranial et caudal, qui naissent comme chez le poulet par étranglement de la paroi intestinale. Seulement ici l'étranglement s'arrête bientôt, d'où la brièveté des conduits. La vésicule biliaire dérive aussi chez eux du conduit cranial. L'existence d'un canal cystico-hépatique chez l'embryon humain est un fait démontré.

Pancréas. Chez le poulet apparaissent trois ébauches pancréatiques, une dorsale et deux ventrales. Toutes les trois arrivent à se développer. Il existe probablement aussi trois ébauches chez l'homme, une dorsale, une ventrale droite et une ventrale gauche rudimentaire. Les deux ventrales sont fusionnées. L'ébauche ventrale forme le canal pancréatique, l'ébauche dorsale le canal de Santorini. Chez le chat, on trouve un pancréas dorsal et un pancréas ventral. A. NICOLAS.

Untersuchungen über das Pankreas, par J. EBERTH et KURT MULLER (*Zeitschrift f. wissensch. Zool.*, *III. Suppl.*, *p.* 112-135, 1892).

Les cellules glandulaires du pancréas renferment, on le sait, des enclaves paranucléaires, analogues à celles qui ont été signalées dans divers autres éléments et dont la signification est encore tout à fait obscure. Les auteurs décrivent ces formations chez la salamandre, la grenouille et le brochet, chez l'animal à jeun et chez l'animal bien nourri. Nous n'entrerons pas dans le détail des faits, nous bornant aux conclusions qui en découlent. On peut reconnaître, dans les cellules pancréatiques, deux catégories de corps paranucléaires. L'une comprend des filaments réfringents isolés et rigides, ou bien incurvés, qui se distinguent facilement des fibrilles granuleuses du réticulum protoplasmique. Ce sont des filaments du protoplasma, transformés et fusionnés les uns avec les autres, de façon à constituer des corps en forme de fuseaux, de croissants ou de virgules. Ces corps peuvent conserver une structure fibrillaire ou la perdre et alors devenir homogènes et réfringents.

La deuxième catégorie comprend des corps arrondis, lisses et ressemblant à des masses colloïdes. Ces corps résultent-t-ils du gonflement de filaments protoplasmiques, ou bien dérivent-ils du suc cellulaire ? Il est difficile de trancher la question. Ce qui est certain, c'est que beaucoup d'entre eux présentent des connexions avec les filaments rigides de la première catégorie et avec les croissants qui en proviennent.

Ces formations paranucléaires, quelles qu'elles soient, n'ont aucun rapport avec la régénération des cellules glandulaires. Elles n'ont rien à voir non plus avec la production des grains de zymogène, et ne sont excrétées que très rarement. Néanmoins leur développement doit dépendre, dans une certaine mesure, de l'état d'activité des éléments glan-

dulaires, car elles sont plus abondantes dans la glande en état de fonctionnement. Enfin, de ce qui précède, on ne peut admettre qu'elles sont de nature parasitaire. A. NICOLAS.

Zur Entwickelung der Bauchspeicheldrüse des Menschen (Le développement du pancréas chez l'homme), par O. HAMBURGER (*Anat. Anz.* 1892. *VII Jahrg.*, *nos* 21-22, *p.* 707).

Le pancréas chez l'homme naît aux dépens de deux ébauches séparées. La plus petite, d'abord indépendante, s'ouvre plus tard en commun avec le cholédoque dans le duodénum, tandis que l'autre plus volumineuse débouche en un endroit plus rapproché du pylore. Dans la deuxième moitié du deuxième mois ces deux ébauches s'anastomosent. Le canal de Santorini de l'adulte ne correspond pas à la petite ébauche, mais dérive de la partie de l'ébauche plus rapprochée du pylore, comprise entre l'intestin et le point où cette ébauche s'est anastomosée avec l'autre. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude du développement des capsules surrénales et du sympathique chez le poulet et les mammifères, par R. FUSARI (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 161, 1892, *et Archivio per le scienze mediche*, *XVI*, *n°* 14).

1° Dans l'embryon de poulet les rudiments des cordons limitrophes du grand sympathique apparaissent dès le milieu du 3e jour. 2° Les ganglions sympathiques ne dérivent pas des ganglions spinaux qui n'ont pas encore atteint les racines spinales. 3e Les rameaux communiquants ne s'établissent que plus tard, après la constitution du cordon ganglionnaire. — Ils sont formés par un prolongement cellulaire qui marche du ganglion sympathique vers les nerfs spinaux. 4° Le grand nerf intestinal de Remak est originairement distinct du sympathique. 5° Les rudiments des capsules surrénales naissent de deux sources : d'abord de boutons épithéliaux, dorsaux, correspondant à des lobules antérieurs, cordons segmentaires ou sexuels. C'est la partie épithéliale. 6° La substance médullaire des capsules vient du sympathique : elle est formée par des cordons cellulaires naissant du cordon limitrophe. 7° Chez le poulet, les groupes cellulaires sympathiques restent distribués entre les lobules ; chez les mammifères, ils se groupent au centre des capsules, formant la substance médullaire. 8° Chez le poulet, la structure lobulaire est conservée : elle est perdue chez le mammifère et fait place à des colonnes radiales séparées par des vaisseaux. 9° Chez la souris, une partie des lobes épithéliaux forme des lobules adipeux, placés entre les reins. — Les capsules surrénales, segmentaires chez les élasmobranches et les amphibies, forment un organe pair chez les reptiles ; se compliquent chez les oiseaux et plus encore chez les mammifères, où elles sont plus organisées que chez les autres vertébrés. On ne peut les regarder comme des organes rudimentaires. Leur fonction ne dure pas seulement dans la vie embryonnaire, mais persiste chez l'adulte.

DASTRE.

Ueber die Falten der Dünndarmschleimhaut beim Menschen (Les replis de la muqueuse de l'intestin grêle chez l'homme), par **J. KAZZANDER** (*Anat. Anz* 1892, *VII Jahrg.*, n°s 23-24, *p.* 768).

Les replis de la muqueuse de l'intestin grêle affectent plusieurs sortes de formes. *a*) Les uns, perpendiculaires ou obliques au grand axe de l'intestin, ne se prolongent que sur une partie plus ou moins longue de sa circonférence; *b*) les autres forment des anneaux complets; *c*) d'autres enfin décrivent une spirale qui peut faire une ou deux fois le tour de la périphérie de l'intestin. Le nombre total des replis n'est pas constant chez tous les individus, pas plus que la proportion de chacune des formes. Les replis qui n'occupent qu'une partie de la circonférence sont de beaucoup les plus nombreux; viennent ensuite les replis annulaires, puis ceux à trajet spiral. Ces derniers paraissent relativement plus abondants dans les régions initiales de l'intestin. A. NICOLAS.

Ueber Drüsen im Epithel der Vasa efferentia Testis beim Menschen (Sur l'existence de glandes dans l'épithélium des vasa efferentia du testicule, chez l'homme), par **J. SCHAFFER** (*Anat. Anz. VII Jahrg.* 1892, n°s 21-22, *p.* 711).

Dans l'épithélium des coni vasculosi du testicule, il existe des enfoncements, des fossettes tapissées par un épithélium différent de celui qui revêt les intervalles des fossettes. Ce dernier est cilié, le premier ne l'est pas et consiste en cellules polygonales, claires, à gros noyau arrondi, rappelant assez des cellules muqueuses. Ce sont là de véritables glandules très simples. Tantôt très abondantes et se touchant presque dans certains canaux, elles sont ailleurs isolées ou groupées par petit nombre. A. NICOLAS.

Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der menschlichen Nasenhöhle (Contribution à l'anatomie microscopique des fosses nasales de l'homme), par **A. v. BRUNN** (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXIX*, 4, *p.* 632).

Ayant eu l'occasion d'examiner immédiatement après la mort les fosses nasales de suppliciés, v. Brunn a fixé son attention sur les points suivants :

1° Répartition de l'épithélium olfactif typique. Deux sujets ont été étudiés à ce point de vue. Chez le premier, l'épithélium sensoriel couvrait une surface de 257 mmq. dans la fosse nasale droite (124 sur la paroi externe, 133 sur la cloison) ce qui ferait plus de 600 mmq. pour les deux fosses nasales. La région olfactive correspondait à la partie moyenne du cornet supérieur, et à la zone symétriquement opposée de la cloison. Chez le deuxième sujet, la surface occupée par l'épithélium olfactif n'était que de 238 mmq. (ici aussi il s'agit de la fosse nasale droite), 99 pour la cloison et 139 pour la paroi externe. La zone sensorielle est localisée encore au cornet supérieur dont elle n'atteint pas le bord inférieur, pas plus du reste que dans le premier cas. Il s'en faut donc de beaucoup que la région olfactive soit aussi étendue qu'on le dit communément.

Chez ces deux individus, les bords de la région olfactive sont plus ou moins déchiquetés et reliés par des traînées d'épithélium sensoriel à des plages de même nature capricieusement distribuées en dehors d'eux. La région elle-même est parsemée d'îlots d'épithélium cilié (non sensoriel).

On pourrait, dit l'auteur, comparer la configuration de la région olfactive à celle d'un continent renfermant des lacs plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus, bordé de presqu'îles et de caps et auquel se rattacheraient un certain nombre d'îles et d'îlots.

2° L'épithélium olfactif et ses relations avec le nerf olfactif. V. Brunn décrit d'abord les poils dont est munie l'extrémité périphérique des cellules sensorielles, puis la membrane limitante appliquée à la surface de l'épithélium et percée de pores qui laissent passer les prolongements précédents. Il a réussi, au moyen de la méthode rapide de Golgi, à mettre en évidence, ainsi qu'on a pu le faire de divers côtés, la continuité des fibrilles du nerf olfactif avec certaines cellules épithéliales.

3° Muqueuse et glandes. La structure de la muqueuse diffère notablement, suivant qu'on considère la région olfactive ou la région respiratoire. Au niveau de celle-ci, elle est pauvre en fibres élastiques, très riche en vaisseaux veineux (tissu érectile), infiltrée de nombreux leucocytes et enfin munie d'une membrane basale homogène et épaisse. Celle-ci fait absolument défaut dans la muqueuse de la région olfactive qui, de plus, est infiniment plus riche en éléments lymphoïdes envahissant souvent le revêtement épithélial.

Les glandes de la région olfactive présentent une disposition intéressante. Leur conduit excréteur, très étroit dans son trajet intra-épithélial, s'élargit brusquement au-dessous de l'épithélium, et forme une poche spacieuse dans laquelle viennent déboucher de trois à cinq tubes glandulaires qui ne tardent pas à prendre une direction parallèle à la surface de la muqueuse, et se terminent en cul-de-sac après un trajet plus ou moins long. Ces glandes appartiennent nettement à la catégorie des glandes albumineuses. A. NICOLAS.

Jacobson'sches Organ und Papilla palatina beim Menschen, par Fr. MERKEL (*Anatomische Hefte. Erste Abteilung III*, *p*.. 213-233, 1892).

1° Au moyen de coupes frontales sériées, l'auteur étudie la configuration et la structure de l'organe de Jacobson chez l'homme adulte et le nouveau-né. A l'orifice taillé en bec de flûte que l'on remarque sur la muqueuse de la cloison des fosses nasales, fait suite un canal tapissé par des cellules plus grêles que celles qui constituent l'épithélium de la cloison, et dans lequel viennent s'ouvrir de nombreuses glandes. Puis ce canal se rétrécit notablement en une sorte d'isthme, auquel fait suite enfin une poche spacieuse aplatie dans le sens transversal. Cette poche représente l'organe de Jacobson proprement dit. Des glandes s'ouvrent dans sa cavité au niveau de ses bords supérieur et inférieur. L'épithélium qui revêt sa paroi externe est bas, celui de la paroi interne est au contraire très haut, et ressemble à celui de la région olfactive. Seulement les cellules sensorielles ne paraissent pas être arrivées ici à leur complet développement. Il est vraisemblable que l'on a affaire à un organe inactif (au point de vue sensoriel), en tout cas, Merkel n'a pas vu de nerf y aboutir. Au surplus, l'organe de Jacobson n'existe pas chez tous les sujets.

2° En arrière des deux incisives moyennes du maxillaire supérieur, se voit un petit bourrelet qui se prolonge plus ou moins loin en arrière et

de chaque côté duquel se trouve la dépression correspondante à l'entrée du canal naso-palatin. C'est là la papille palatine. Sur des coupes, on constate que le corps de cette papille est formé de tissu conjonctif disposé de façon à circonscrire au centre de l'organe un espace occupé par un tissu doué d'une structure toute particulière, auquel l'auteur donne le nom de « noyau conjonctif », et qui renferme souvent des cellules cartilagineuses (seulement chez l'adulte).

Le papille palatine possède beaucoup de nerfs, des corpuscules tactiles, et des cellules tactiles isolées, et, comme le « noyau conjonctif » a beaucoup d'analogie avec les noyaux fibreux annexés aux organes terminaux dans la peau de vertébrés inférieurs, on peut penser que le tout constitue un appareil nerveux spécial. De fait, la sensibilité de la papille palatine n'est pas la même que celle des parties avoisinantes de la muqueuse. A. NICOLAS.

Die Nervenursprünge und Endigungen im Jacobson'schen Organ des Kaninchens (Les origines et les terminaisons nerveuses dans l'organe de Jacobson du lapin), par M. von LENHOSSÉK (*Anat. Anz.* 1892. *VII Jahrg.*, n°s 19-20 *p.* 628).

La méthode de Golgi permet de reconnaître dans l'épithélium de l'organe de Jacobson du fœtus de lapin, trois catégories d'éléments :

1° Des cellules de soutien, cylindriques, columnaires, plus ou moins grêles, avec un pied évasé en coin, et un noyau situé à une hauteur variable.

2° Des cellules olfactives typiques disséminées dans toute l'étendue de l'épithélium, et non pas seulement, comme on l'a prétendu, localisées à la paroi interne de l'organe. Ces cellules sont bipolaires. Leur prolongement central paraît toujours plus fort que le prolongement périphérique. Il atteint la surface de l'épithélium et la dépasse peut-être.

Le prolongement périphérique est une fibrille nerveuse, ténue, variqueuse, qui s'enfonce perpendiculairement ou obliquement dans la profondeur, atteint la sous-muqueuse sans se diviser, et là se réunit à d'autres prolongements pour former des faisceaux.

3° Outre ces fibrilles nerveuses ayant ainsi leur cellule *d'origine* dans l'épithélium, il en est d'autres qui y ont leur *terminaison*. On voit en effet de fines fibrilles variqueuses venant de la sous-muqueuse, s'enfoncer dans l'épithélium et se terminer par un renflement en forme de bouton, tantôt assez près de la surface libre de l'épithélium, tantôt plus profondément. Si l'on suit ces fibrilles dans le sens centripète, on constate qu'elles se mélangent aux fibrilles de l'olfactif. Elles proviennent ou bien du trijumeau ou bien de centres olfactifs. Ces terminaisons libres ont été découvertes dans la région sensorielle de la muqueuse olfactive par Ramon y Cajal où v. Lenhossék les retrouve. A. NICOLAS.

Zur Morphologie der Papilla vallata und foliata, par GMELIN (*Arch. f. mik. Anat.*, *XL*, 1).

L'auteur, après avoir établi d'abord que les papilles vallées ne peuvent être considérées comme des dérivés des papilles fongiformes et qu'elles constituent des organes d'origine distincte, cherche à montrer que la

parenté des papilles foliées et des papilles vallées n'est pas mieux fondée, malgré certaines apparences.

Le mode de groupement des papilles vallées varie peu dans une même famille, mais leur nombre et leur forme, chez une même espèce, sont soumis à des variations. C'est chez les ruminants qu'on les trouve avec le plus d'abondance, très développées et très diversifiées. La surface de la papille est tantôt lisse, tantôt crevassée. On y voit les orifices des conduits excréteurs des glandes séreuses. L'épithélium de ces conduits peut, chez l'animal jeune (cheval) ,renfermer des bourgeons du goût. Le stroma de la papille contient des amas de leucocytes plus ou moins bien délimités. Dans la fosse circumpapillaire viennent s'ouvrir également des orifices glandulaires, de préférence sur son fond. L'auteur n'a jamais vu d'orifices déboucher sur la surface libre de la langue en dehors du sillon. Les glandes séreuses sont caractéristiques de la présence d'organes gustatifs. Elles forment sous la papille vallée un amas plus ou moins développé et plus ou moins profondément enfoncé. Des faisceaux musculaires s'insinuent dans le tissu conjonctif inter-lobulaire.

Les papilles foliées font défaut chez un grand nombre d'animaux, notamment chez les ruminants. Leur absence chez les carnivores n'est pas si fréquente qu'on l'admet. C'est surtout chez les félins qu'elles manquent le plus souvent. Elles sont le plus développées chez les rongeurs. Sous sa forme la plus simple, la papille foliée se présente (*Halmaturus*) comme une série de petites élevures parallèles, offrant chacune en son milieu une sorte de trou ou de petit sillon. Les formes plus compliquées résultent de l'allongement de ces sillons, qui arrivent ainsi à délimiter des feuillets parallèles. Des glandes séreuses s'ouvrent dans le fond des sillons.

L'auteur examine ensuite la disposition des glandes de la base de la langue, et les rapports de leurs conduits excréteurs avec les cavités des follicules clos de la langue et de l'amygdale. Il montre qu'il y a des formes de passage entre les sillons de ces follicules et les sillons gustatifs des papilles, ce qui l'amène à conclure que la forme fondamentale de l'organe du goût n'est pas la papille. Cette forme est déterminée par le sillon qui, lui, est la partie morphologiquement la plus importante, résulte de la fusion de conduits excréteurs de glandes séreuses pourvus d'un épithélium à bourgeons sensoriels, et délimite un certain territoire de la muqueuse linguale pouvant acquérir chez les mammifères supérieurs l'apparence d'une papille.

A. NICOLAS.

Zur Entwicklungsgeschichte des Bindegewebsfibrillen (Sur le développement des fibrilles conjonctives), par W. FLEMMING (*Virchow's Festschrift*, p. 213, 1891).

En examinant les cellules conjonctives du péritoine pariétal et de la paroi du poumon chez des larves de salamandre, Flemming a observé les faits suivants : les fines fibrilles conjonctives se continuent directement avec les stries dont sont sillonnés les prolongements des cellules et le corps cellulaire ; ces stries sont en continuité elles-mêmes avec le réticulum protoplasmique. C'est principalement sur des éléments en voie de division que ces dispositions sont évidentes. La conclusion est

que les fibrilles conjonctives se développent aux dépens du corps cellulaire et probablement de ses couches périphériques. A. NICOLAS.

Ueber das Ligamentum teres des Hüftgelenks, par MOSER (*Morphologische Arbeiten herausg. v. G. Schwalbe. II*, 1, p. 36-92, 1892).

La première partie de ce mémoire comprend l'étude comparative du ligament rond. Cette formation est originellement (chez les reptiles) une portion renforcée de la capsule située en dehors de l'articulation. Chez les mammifères, par suite du changement d'orientation du fémur, ce faisceau capsulaire s'enfonce habituellement dans l'articulation, devient le ligament rond, mais peut cependant, dans certains cas, persister sous la forme d'un repli saillant dans l'intérieur de celle-ci. Par suite de sa pénétration dans l'articulation, cette partie de la capsule a perdu toute fonction, devient alors rudimentaire chez beaucoup d'animaux et peut même disparaître complètement.

Dans un deuxième paragraphe, l'auteur étudie le développement du ligament rond. Chez l'homme il naît sur place aux dépens du tissu embryonnaire d'où dérivent le cartilage et le bourrelet cartilagineux. Il y a tout au début un stade pendant lequel l'ébauche du ligament est en dehors de l'ébauche de l'articulation, mais la fente articulaire, dès son apparition, l'isole immédiatement de toutes parts, le séparant ainsi dès le début, de la capsule. D'abord relativement très développé, le ligament rond se réduit ensuite de plus en plus. Son absence, chez l'adulte, ne doit donc pas être considérée comme une anomalie congénitale, mais simplement comme le terme ultime du processus atrophique qui l'atteint normalement.

Enfin, après avoir étudié les vaisseaux, Moser examine les diverses théories relatives à la fonction du ligament rond. Ses recherches lui permettent de conclure qu'il n'en a aucune ; simple faisceau de la capsule à l'origine, il perd toute signification une fois qu'il s'est isolé en pénétrant dans l'articulation. Par rapport aux vaisseaux, il se comporte comme les replis synoviaux et périostiques reliés à la tête du fémur, avec cette différence toutefois que ceux-ci conservent leur rôle d'amener les vaisseaux à la tête du fémur pendant toute la vie, tandis que le ligament rond est un organe qui s'atrophie peu à peu. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Les phénomènes psychiques et la température du cerveau, par A. MOSSO (*Archives italiennes de biologie, XVIII*, p. 277, 1892, et *Croonian Lectures*, 24 *mars* 1892. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, CLXXXIII, p.* 299).

La méthode de l'auteur consiste à revenir à l'emploi de thermomètres à mercure très sensibles (construits par Baudin, à Paris, donnant le

deux millième de degré), au lieu de piles thermoélectriques — et à noter simultanément la température du sang, du rectum et des muscles, comparativement à celle du cerveau. — Dans une première expérience chez un chien endormi avec une forte dose de laudanum, on introduit un thermomètre dans la carotide jusqu'au cœur, un autre dans le rectum, un autre dans le cerveau en arrière du sillon crucial, de manière que le réservoir s'arrête dans la région psychomotrice du côté droit. La température s'abaisse partout, de 39° à 38°. Une piqûre, le bruit produit par un porte-voix, arrêtent la chute de température et réchauffent le cerveau (développement de chaleur dû à un fait psychique). — L'excitation du cerveau par un courant induit l'échauffe, avant qu'on observe un échauffement du sang ou du rectum. Le développement de chaleur du cerveau pendant la veille est supérieur au développement de chaleur dans les muscles au repos.

La seconde expérience est faite chez un animal chloroformé, au moment où il commence à se réveiller. L'appel d'une voix connue provoque une modification de la respiration et un échauffement du cerveau. Quelquefois on observe un refroidissement à la suite de la douleur et des émotions. Une excitation électrique élève la température du cerveau sans élever celle du vagin et celle du sang. Les narcotiques arrêtent les fonctions chimiques du cerveau : les changements de la circulation viennent ensuite. Le sujet peut ensuite s'éveiller, penser et avoir conscience avant que la circulation ait eu le temps de se modifier.

La troisième expérience est exécutée sur un animal chloralisé. L'excitation électrique laisse persister dans le cerveau une activité chimique considérable. — Le chlorhydrate de cocaïne à dose de 10 centigrammes fait croître au bout de deux minutes la température du cerveau et cet effet se maintient pendant environ une demi-heure, sans que l'animal se réveille, et alors que la température des autres organes s'abaisse. La cocaïne rend plus intenses les processus chimiques et la production de chaleur dans le cerveau sans qu'il existe pour cela une activité psychique capable de rétablir la conscience. Cette énergie est employée à d'autres fonctions (trophiques) que les fonctions psychiques. La strychnine agit de même. Le laudanum, au contraire, abaisse cette température.

DASTRE.

I. — Sur le liquide cérébro-spinal, par E. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 324, *et Riforma medica, juin* 1892).

II. — Sur la circulation du liquide cérébro-spinal, par A. et E. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 475, 1893, *et Centralblatt für Physiologie*, 1892).

I. — L'auteur recueille le liquide cérébro-spinal en tuant l'animal, soit après la période de repos, soit après l'activité (nuit, jour). Le suc du matin est plus alcalin que celui du soir : il laisse un résidu solide plus abondant; la membrane occipito-atloïdienne est plus tendue que le soir, le liquide plus abondant. Le liquide réduit la liqueur cuprique; mais ne fournit pas avec la phénylhydrazine de phénylglycose. Ce n'est donc pas du sucre. Il n'y a point de véritables albuminoïdes : seulement des traces d'albumose. L'auteur accepte la théorie du sommeil (d'Obersteiner) qui

serait dû à l'accumulation dans le cerveau de substances réductrices.

Ces résultats seraient, d'après une observation pathologique, applicables à l'homme.

II. — Les auteurs injectent dans le péritoine du lapin et du chien des substances reconnaissables, iodure ou ferrocyanure potassique et les recherchent à des intervalles différents dans le liquide cérébro-spinal, ou *vice versâ*. Ils constatent la lenteur du passage (de vingt minutes à deux heures). La sécrétion et la résorption du liquide cérébro-spinal sont fort lentes. DASTRE.

Fonctions vaso-motrices des racines postérieures, par J. P. MORAT (*Archives de physiologie, p.* 689, *octobre* 1892).

Stricker (1877) a annoncé que les racines postérieures d'origine du nerf sciatique contenaient des vaso-dilatateurs pour le membre inférieur. Vulpian et Cossy ont nié le fait, en employant la même méthode, méthode thermométrique. Dastre et Morat ont contesté la méthode même, et démontré, entre temps, que les racines postérieures dorsales ne fournissaient pas de vaso-dilatateurs. Gärtner (1890) a annoncé pourtant à nouveau que l'on pouvait trouver des dilatateurs chez le chien dans la sixième et septième racine postérieure lombaire et 1re sacrée. Il faut pour cela opérer sur un animal jeune, pratiquer l'ablation de la moelle lombaire et laisser refroidir les pattes, enfin n'employer comme excitant que les variations du courant continu, à l'exclusion du courant d'induction. — Mais ces conditions ne sont pas nécessaires, et en réalité on constate l'existence de vaso-dilatateurs dans les paires précédemment nommées, et dans les racines postérieures à l'exclusion des antérieures. L'effet est le même que Dastre et Morat ont signalé comme résultant de l'excitation de la chaîne lombaire au-dessous du pilier du diaphragme. — L'expérience réussit également chez le chat.

On sectionne quelques racines, et après 22 jours on recommence l'essai. L'excitation de la racine postérieure qui a conservé le ganglion spinal permet de reconnaître la vaso-dilatation et, de plus, le phénomène de *pseudo-motricité* de Heidenhain. L'excitation de la racine antérieure ne produit aucun effet. — La conséquence est que ces dilatateurs compris dans la racine postérieure ont, comme les autres nerfs sensitifs, leur centre trophique dans le ganglion spinal. — Ces nerfs paradoxaux ont donc tous les caractères du nerf centripète et ils sont centrifuges. DASTRE.

Expérience simple montrant que l'excitation nerveuse de ermeture naît au pôle négatif, celle de rupture au pôle positif, par F. JOLY et C. SIGALAS (*C. R. de la Soc. de biol.*, 28 *mai* 1892).

Une grenouille préparée à la façon de Marianini est mise à cheval sur un cylindre en ivoire, muni aux extrémités d'un plan diamétral, de deux pièces en platine, auxquelles aboutissent les rhéophores et sur lesquelles reposeront les nerfs respectifs des deux pattes. On intercale dans le circuit un rhéostat et un commutateur. — Or, on trouve toujours un courant d'intensité telle que la secousse de fermeture se produira constamment et uniquement au pôle négatif et la secousse d'ouverture à la patte en contact avec le pôle positif. DASTRE.

I. — Quelques effets des excitations cutanées.

II. — Contribution à l'étude du choc nerveux d'origine cérébrale.

III. — Arrêt des échanges consécutifs à l'excitation des pneumogastriques, par H. ROGER (*Archives de physiologie*, *p.* 17, 57, 177, *janvier* 1893).

I. — Brown-Séquard a produit des phénomènes analogues au *choc nerveux* par application de chloroforme ou de chloral anhydre sur la peau; c'est-à-dire : coloration rouge du sang veineux, abaissement de la température (arrêt des échanges), ralentissement de la respiration et de la circulation. L'auteur cite la température d'un cobaye tombée à 19° en cinq heures à la suite d'applications de chloroforme. De même, à la suite d'immersion dans l'eau froide (et spécialement du museau, chez le lapin), il y a arrêt respiratoire. L'auteur ajoute qu'un cobaye dont on a immergé dans l'eau froide une partie du corps pendant six minutes peut succomber rapidement avec tous les phénomènes du choc nerveux. Le bain chez le lapin a moins d'inconvénient. Les brûlures étendues (Dupuytren) peuvent amener la mort en peu de temps. L'auteur l'attribue au choc.

II. — Une des causes les plus importantes du choc nerveux est représentée par les traumatismes du cerveau. A la suite de l'écrasement de la tête chez la grenouille, la respiration s'arrête, les battements du cœur qui peuvent s'être suspendus reprennent. L'auteur injecte 15 millièmes de milligramme de strychnine dans une veine de la paroi abdominale; le cœur manifeste une excitation évidente, mais il n'y a pas de strychnisme. R. interprète ce fait par un arrêt des échanges, au moins en grande partie. Il n'examine pas l'hypothèse d'un arrêt de la circulation médullaire.

Pendant l'état de choc, la grenouille serait peu sensible à l'action de la strychnine. La contractilité des gastro-cnémiens devient trois fois plus grande qu'à l'ordinaire, à la suite d'un choc cérébral.

III. — Laffont dit que l'électrisation du vague laisse le sang veineux rouge avec capillaires contractés, c'est-à-dire produit une syncope des échanges, comme une syncope circulatoire et une syncope respiratoire, à la condition que les nerfs n'aient pas été sectionnés. Roger obtient l'inhibition dans une moitié du corps en excitant un des pneumogastriques.

DASTRE.

Zur Frage der specifischen Erregungszeit der motorischen Nervenendigungen (Sur la durée spécifique de l'excitation des terminaisons nerveuses motrices, par Heinrich BORUTTAU (*Institut physiol. de Berlin. Archiv f. Physiologie*, *p.* 454, 1892).

La durée de la période latente de la contraction des muscles gastro-cnémien et couturier de la grenouille est notablement plus longue (de 0,005''), lorsque l'on excite par l'intermédiaire du nerf que lorsque l'on excite directement le muscle. L'auteur en conclut avec Bernstein que les terminaisons nerveuses présentent un temps perdu ou période latente propre. La différence n'est très marquée que pour des excitations fortes, maximales. Elle diminue à mesure que l'intensité de l'excitation diminue pour disparaître si l'excitation est faible. LÉON FREDERICQ.

Le fonctionnement anaérobie des tissus animaux, par A. GAUTIER (*Archives de physiologie, p. 1, janvier* 1893).

Si l'on tient compte de tout l'oxigène que les animaux absorbent par leurs poumons et de celui qu'ils rejettent dans le même temps par toutes leurs excrétions, cette seconde quantité surpasse la première de près d'un cinquième. Cet excès provient du dédoublement direct des tissus et des aliments consommés sans intervention aucune de l'oxygène libre : il résulte de dédoublements anaérobies. De là la production de leucomaïnes analogues aux ptomaïnes. On peut obliger chacune de nos cellules à fonctionner et à vivre uniquement sous la forme anaérobie.

Après la mort générale, les tissus continuent à vivre d'une sorte de vie résiduelle, transformant leurs matériaux, consommant leurs réserves, accumulant seulement les produits de désassimilation qui arrivent à altérer finalement la vitalité de la cellulle. C'est là le vrai fonctionnement du tissu : l'oxygène n'intervient que pour le compléter.

Un bloc de viande, recueilli par grand froid, est découpé en trois lots aussi identiques que possible. Le premier lot est analysé immédiatement. Le second lot est laissé 24 jours à la température ambiante et 11 jours à l'étuve à 40°, en appareil scellé après stérilisation superficielle. Il n'y a point de putréfaction ou d'envahissement microbien. On analyse ce lot. Le troisième lot fut conservé 93 jours, puis analysé de même.

En résumé, au-dessous de 10° degrés la viande se conserve avec son aspect et l'on constate un léger échange gazeux. Au-dessus de 15° elle sécrète une liqueur épaisse contenant des substances nouvelles : caséine, nucléo-albumine, leucomaïnes, alcool, etc. ; à 38° ces phénomènes se précipitent.

1° Le premier phénomène à signaler, c'est l'acidité qui se produit, en dehors de toute altération microbienne et augmente rapidement à 38°. Elle est due à des acides gras, nucléine, et à un commencement de peptonisation. 2° En second lieu, l'eau ne varie pas : il n'y a pas d'hydratation : l'ammoniaque ne se produit pas en quantités sensibles : il n'y a pas d'urée, pas de gaz putrides, peu d'acide carbonique. C'est le contraire de ce qui arrive dans le fonctionnement des bactéries. 3° En troisième lieu, on a étudié les albuminoïdes. Les albuminoïdes solubles (myo-albumines) diminuent dans la proportion de 56 0/0. Le suc excrété fournit une caséine et une nucléo-albumine. Les myo-globulines se conservent invariables. Il disparaît, en définitive, 9 0/0 d'albuminoïdes. 4° Cette partie disparue se retrouve, poids pour poids, à l'état de composés alcaloïdiques (leucomaïnes). Ces alcaloïdes sont précipités par le sublimé en liqueur neutre : ils sont vénéneux : ce sont les mêmes qui se produisent dans la vie normale (névriniques et hydropyridiques). Il existe encore d'autres bases séparables par l'alcool, le chlorure de platine, l'acide picrique (bases créatiniques, oxethylénamine, etc.). Toutefois, il n'y a pas de créatine. Une troisième catégorie est précipitée par l'acétate de cuivre (xanthine, sarcine, carnine) : elles sont très peu abondantes, de même les bases carbopyridiques, d'ailleurs non toxiques. La conclusion, c'est que les produits sont de même nature que chez le vivant.

5° Les graisses, loin d'augmenter, diminuent. 6° Le glycogène et le glycose ont disparu. Pas d'acide lactique. Il s'est formé de l'acide carbonique et de l'alcool. 7° Extrêmement peu d'urée et d'ammoniaque. La chair musculaire, à l'abri des microbes, est incapable de subir spontanément la fermentation uréique ou ammoniacale. 8° Quant aux gaz, 100 grammes de viande donnent 1 décigramme de CO^2; il y a dégagement d'hydrogène et d'azote (90 centimètres cubes pour 100 de viande).

Tous ces produits se retrouvent, mais en faible proportion, dans le muscle vivant. Nos cellules musculaires peuvent donc avoir une vie aérobie et anaérobie, comme les ferments; dans la vie anaérobie, elles détruisent aussi les matières albuminoïdes, dégagent CO^2 et des bases hydropyridiques. La différence, c'est qu'il n'y a pas de gaz putrides, pas d'oxygène sulfuré, pas d'ammoniaque, et surtout pas de fixation d'eau. La vie du muscle n'est pas comparable à une putréfaction, comme on l'avait dit. La source de l'urée dans l'organisme n'est pas le tissu musculaire. Le fonctionnement aérobie tend à purifier l'organisme des produits du fonctionnement anaérobie, et fournit en même temps la majeure partie de la chaleur et de l'énergie consommées. DASTRE.

I. et II. — Variations corrélatives de l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires. Influence de l'alimentation. Influence de l'inanition, par LAULANIÉ (*Mém. de la Société de biologie*, 21 *mai et* 9 *juillet* 1892).

I. — Un chien reçoit à midi un repas composé soit de 100 grammes de pain, soit de 100 grammes ou 200 grammes, ou 300 grammes de viande, ou 300 grammes de soupe. Ce régime est continué pour chacune des 5 rations pendant 4 ou 5 jours. Trois heures après le repas, l'animal est mis en expérience pendant deux heures dans un appareil qui est à la fois un calorimètre et une chambre à respiration. Les résultats numériques obtenus conduisent aux conclusions suivantes : 1° la calorification et les échanges gazeux respiratoires s'accroissent proportionnellement sous l'influence d'une ration croissante de viande; 2° leur accroissement est beaucoup moins rapide que celui de la ration. Les rendements thermiques de l'O et du C mis en œuvre dans la respiration d'un animal conservent la même valeur, quel que soit le poids de la ration alimentaire de viande reçue par cet animal.

Le passage du régime non azoté au régime azoté a pour effet de produire l'abaissement du rendement thermique de l'oxygène et l'élévation de celui du carbone.

L'influence exercée par le régime sur la respiration et la calorification atteint simultanément les deux rendements thermiques de l'oxygène et du carbone ; ces deux rendements varient en sens inverse. Les variations du quotient respiratoire en fonction du régime s'accompagnent de variations de même sens dans le rendement thermique de l'oxygène et de variations de sens inverse dans le rendement thermique du carbone.

II. — L'inanition détermine un abaissement disproportionné de la thermogenèse et de la respiration. Le coefficient thermique subit une réduction de 1/5 ; le coefficient respiratoire pour l'oxygène, de 3/4 et

celui de l'acide carbonique de 1/3. Les réactions dues au chimisme respiratoire sont plus thermogènes que les réactions accoutumées. L'effet le plus saillant de l'inanition est la production économique de la chaleur.

DASTRE.

I. — Le frisson comme appareil de régulation thermique, par Ch. RICHET (*Société de biologie*, 19 *novembre* 1892).

II. — Influence de la contraction musculaire sur les échanges respiratoires et la thermogenèse, par LAULANIÉ (*Mémoires de la Société de biologie*, 17 *septembre* 1892).

III. — Physiologie comparée de la thermogenèse, par Raphaël DUBOIS (*Société de biologie, p.* 182, 18 *février* 1893).

I. — L'auteur distingue un *frisson réflexe* dû à l'application même du froid à la peau et un *frisson central* dû au refroidissement du sang et des centres nerveux. Il y a de même une polypnée réflexe et une polypnée centrale chez l'animal échauffé. Le frisson convulsif est dû à un centre nerveux bulbaire, car il disparaît par section de la moelle au-dessous du bulbe. Ce centre est thermogène puisque le frisson est générateur de chaleur. Outre le frisson thermique, il y a un frisson toxique et un frisson chimique.

II. — L'animal placé dans l'enceinte calorimétrique est soumis à des décharges électriques. La contraction musculaire modifie très légèrement les quotients thermiques. La faible diminution dont ils sont affectés est due aux troubles apportés par la douleur plus ou moins vive qui accompagne les excitations. Il est à présumer que l'activité normale des muscles ne change pas la nature des réactions chimiques de la vie.

III. — Si l'on coupe les cordons antérieurs de la moelle et les cordons antérolatéraux, au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, la température de l'animal hibernant se relève et le réveil a lieu avec alternatives de torpeur. Le système musculaire étant alors paralysé, le réchauffement ne saurait être attribué à l'intervention de ce système. Mais si, au même niveau l'on coupe totalement la moelle, le réchauffement n'a plus lieu : de même si l'on détruit l'axe gris. La section des sympathiques au cou n'a pas d'effet : l'arrachement des ganglions cervical inférieur et premier thoracique, la section de la chaîne thoracique ralentissent le réchauffement, de même la section du splanchnique droit. — Mais l'ablation des ganglions semi-lunaires l'empêche complètement. L'auteur conclut que c'est le foie qui est le foyer de réchauffement de l'hibernant. L'excitation conduite au cerveau se réfléchit par l'axe gris sur les racines (4e à 7e) cervicale, puis gagne le splanchnique sympathique et le foie : de là le réchauffement et le réveil. DASTRE.

I. — A method of obtaining the specific heat of certain living warm-blooded animals, par Hale WHITE (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 789, *décembre* 1892).

II. — Action physiologique des très basses températures, par d'ARSONVAL (*C. R. de la Société de biologie*, 22 *octobre* 1892).

III. — Expériences sur l'hibernation des mammifères, par F. MARÈS (*Ibidem*, 22 *octobre* 1892).

IV. — Influence du système nerveux central sur le mécanisme de la calorification chez les mammifères hibernants, par R. DUBOIS (*Ibidem*, 11 *février* 1893).

I. — La chaleur spécifique du cadavre varie entre 0,75 et 0,9 ; cela résulte de déterminations diverses sur les différents tissus. Avec les animaux à sang froid, dont la température suit celle du milieu on peut déterminer directement par la méthode des mélanges la chaleur spécifique de l'animal vivant. Les mammifères hibernants se trouvent à cet égard dans le même état, et l'on peut appliquer la même méthode avec les précautions spéciales qu'indique l'auteur. On trouve ainsi des chiffres qui varient de 8.12 à 1.18.

II. — Dastre n'a pas constaté d'alternation du ferment gastrique à — 50°; d'Arsonval ne constate pas d'atténuation de l'invertine à — 42°. Mais à 100° au-dessous de zéro, l'invertine perd ses propriétés. La levure de bière conserve sa vitalité. Raoul Pictet a constaté de même que les froids de 200 degrés au-dessous de zéro tuent les ferments solubles et respectent les ferments figurés.

III. — La température de la partie postérieure du corps est, en hibernation, sensiblement plus basse et, pendant le réveil, monte moins rapidement que celle de la partie antérieure. Pendant le réveil, on note une élevation très rapide de la température de l'animal, qui, du reste, tressaille et s'agite comme s'il ressentait le froid. La source de la chaleur développée si rapidement a été cherchée dans la respiration. L'auteur a constaté l'intensité de la respiration normale du spermophile; sa diminution extraordinaire pendant l'hibernation; son accroissement par rapport à l'état normal pendant le réveil. C'est la source de l'énergie développée par l'animal, pendant le réveil, plus grande de 70 0/0 qu'à l'état normal. Ce n'est pas le refroidissement extérieur qui produit l'hibernation : il y a des animaux qui s'engourdissent à 16° et d'autres qui restent en état normal pendant l'hiver. La cause de l'hibernation est dans l'organisme; chez les hibernants le froid en excitant les nerfs sensibles ne produit point par action réflexe une augmentation de la production du calorique. C'est cette perte de sensibilité réflexe au froid qui caractérise l'hibernation.

IV. — Les marmottes peuvent être réveillées et réchauffées (de 20° à 25° en trois ou quatre heures) par une excitation centripète suffisante et qui peut être très courte). Si l'on coupe la moelle à la 7e cervicale, le réveil et le réchauffement sont insignifiants : à la 4e cervicale, ils sont impossibles, bien que la respiration puisse continuer grâce à la conservation des racines des phréniques. Une marmotte en hibernation ressemble à un lapin à moelle coupée au niveau de la 4e cervicale. (Cl. Bernard). Mais, si l'on détruit les couches corticales supérieures des hémisphères, le réchauffement comme le réveil sont rendus impossibles. Il y a dans les couches corticales un centre de calorification.

DASTRE.

Sur l'échange respiratoire, par Ch. BOHR et V. HENRIQUEZ (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 20 *juin* 1892).

D'après des expériences à dispositifs singulièrement compliqués et

qui nous semblent de nature à modifier profondément les conditions normales de la circulation et de la respiration, il serait « possible que ce ne soit qu'une partie de l'oxygène qui soit employée dans les tissus du corps, et que seulement une partie de l'acide carbonique s'y forme, le reste se produisant dans les poumons ». Dans les expériences en question l'échange respiratoire qui a lieu dans les poumons mêmes constituerait jusqu'à 68 0/0 de l'échange entier. M. DUVAL.

Ein Versuch bei einem neugebornen Kinde über den Sitz der Athemcentren (Expérience sur le siège des centres respiratoires faite sur un enfant nouveau-né, par F. A. KEHRER (*Zeits. f. Biol., p.* 451, *XXVIII*, 1892).

Persistance de la respiration thoracique et des mouvements réflexes des membres chez un garçon nouveau-né dont le cerveau et le cervelet avaient été détruits par l'opération de la craniotomie et dont la moelle allongée était sectionnée en travers à un centimètre au devant de la pointe du calamus, c'est-à-dire en arrière de la portion moyenne du calamus. Une seconde section transversale de la moelle allongée pratiquée au niveau de la pointe du calamus supprima les mouvements réflexes et les mouvements respiratoires. Les centres respiratoires paraissent donc avoir chez l'homme la même situation que chez les autres mammifères.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Ausschaltung der Nervi vagi auf die Athmung beim Kaninchen (Influence de la suppression des pneumogastriques sur la respiration du lapin), par Em. LINDHAGEN (*Skandin. Archiv für Physiologie, IV, p.* 296, 1892).

L'auteur supprime chez le lapin l'action des pneumogastriques d'après la méthode de Gad qui consiste à congeler les nerfs sur une petite partie de leur trajet; il étudie l'influence de cette suppression sur le rythme respiratoire et sur l'effet utile des mouvements respiratoires, c'est-à-dire sur la quantité d'air qui intervient dans la ventilation pulmonaire. Cette quantité d'air ne varie pas après suppression des nerfs (conformément à l'opinion de Rosenthal, contrairement à celle de Gad), mais dans ce cas les muscles respiratoires travaillent d'une façon moins économique, moins utile que lorsque les pneumogastriques sont intacts.

LÉON FREDERICQ

Untersuchungen über den Einfluss des Nervensystems auf den respiratorischen Stoffwechsel der Lungen (Recherches sur l'influence que le système nerveux exerce sur les échanges respiratoires des poumons), par Waldemar HENRIQUEZ (*Skandin. Archiv für Physiologie, IV, p.* 194, 1892).

Description d'un appareil qui permet d'entretenir la respiration artificielle chez le lapin et le chien curarisés, de mesurer les volumes d'air servant à la respiration et recueillir des échantillons d'air expiré. L'analyse de ces échantillons se fit au moyen des burettes de Petterson (*Ber. der deut. chem. Gesell.* XXVIII).

L'intensité des échanges gazeux fut mesurée tant pendant l'excitation du bout central et du bout périphérique du pneumogastrique qu'en

dehors de cette excitation. Le sympathique et le nerf de Cyon étaient coupés.

L'auteur conclut de ses recherches que le pneumogastrique contient des filets centrifuges pour le cœur et le poumon, dont l'excitation provoque deux actions opposées :

a, Une diminution des échanges respiratoires, atteignant la consommation d'oxygène beaucoup plus que l'exhalation de CO^2.

b, Une augmentation des échanges respiratoires portant surtout sur la valeur de CO^2, moins sur celle de O. C'est tantôt l'un tantôt l'autre de ces effets qui prédomine.

L'excitation du bout central du pneumogastrique augmente considérablement la valeur de l'oxygène consommé, moins celle du CO^2 exhalé, (chute du quotient respiratoire). Il y a donc là des filets nerveux centripètes influençant les échanges respiratoires par voie réflexe.

LÉON FREDERICQ

Ueber den Einfluss der Uebung auf den Gaswechsel (Influence de l'entraînement sur les échanges respiratoires), par Max GRUBER (*Zeits. f. Biologie, XXVIII, p.* 466, 1892).

L'auteur a déterminé sur lui-même la quantité d'acide carbonique exhalée durant 15 à 20 minutes, pendant le repos, pendant la marche et pendant une ascension pédestre. L'exercice musculaire augmente considérablement l'exhalation de CO_2, mais cette augmentation de CO_2 peut être réduite peu à peu par l'exercice, par l'entraînement, les muscles s'habituant à travailler d'une façon plus économique, comme le montrent les chiffres du tableau suivant qui représentent les valeurs de CO_2 exhalées.

1re SÉRIE

Repos	Marche horizontale	Ascension sujet non entraîné	Ascension sujet entraîné
—	—	—	—
1	1,89	4,1	2,3

2e SÉRIE

Repos	Marche horizontale	Ascension sujet non entraîné	Ascension sujet entraîné
1	1,75	3,05	2,42

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Athmung im Luftverdünnten Raum (Sur la respiration dans une atmosphère raréfiée), par LŒWY (*Archiv f. Physiologie, p.* 545, 1892).

L'auteur a étudié les phénomènes chimiques et mécaniques de la respiration chez l'homme soumis à une dépression rapide dans un appareil pneumatique. Dans beaucoup d'expériences, la raréfaction put être poussée jusqu'à 360 millimètres et 356 millimètres de mercure (6423 et 6514 mètres de hauteur) avant que l'on observât la somnolence, l'abattement et les vertiges. C'est également seulement vers 300 millimètres Hg que la respiration devint plus profonde et que l'absorption d'oxygène commença à baisser. La limite fut la même pour l'homme au repos que pour l'homme travaillant à l'ergostat de Gaertner. LÉON FREDERICQ

Ueber den Einfluss der peripheren Vagusreizung auf die Lunge (Influence de l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique sur le poumon), par Th. BEER (*Archiv f. Physiologie. Suppl., p.* 101, 1892).

L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique pratiquée chez le chien légèrement curarisé, pendant la suspension de la respiration artificielle, provoque une augmentation de pression de la masse d'air broncho-pulmonaire. Comme l'abdomen est ouvert et l'estomac extirpé, l'augmentation en question dépend uniquement de phénomènes se passant dans le thorax : A augmentation de volume des veines et du cœur ; B rétrécissement des alvéoles pulmonaires par arrêt ou diminution de la circulation dans leurs parois ; C contraction des muscles bronchiques. On supprime l'effet A par ouverture de la poitrine, l'effet B peut être établi avant l'excitation, en arrêtant momentanément la circulation dans l'oreillette droite au moyen d'un obturateur spécial, de manière à ne laisser subsister que l'effet C.

L'effet C peut d'ailleurs s'observer après la mort, ou pendant la vie, tant chez l'animal curarisé que non curarisé, pendant la respiration artificielle comme en dehors de la respiration artificielle. Il est empêché par le curare à haute dose et par l'atropine qui paralysent la musculature des bronches, mais non par la muscarine.

Il est impossible d'analyser ici en détail le mémoire très étendu de Beer. On y trouvera la bibliographie complète de la question et la discussion approfondie de tous les points litigieux. L'auteur n'admet pas dans le pneumogastrique de fibres dilatatrices des bronches.

LÉON FREDERICQ.

I. — The influence of light on the gas exchanges in animal tissues, par Carl EWALD (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 847, *décembre* 1892).

II. — The effects of drugs agencies upon the respiratory movements, par H. WOOD et D. CERNA (*Ibidem, XIII, p.* 870).

III. — Siège du centre respiratoire, par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie, p.* 131, *janvier* 1893).

I. — L'auteur passe en revue et critique les travaux de Moleschott (1855) de Speck (1880), de Chasanowitz (1872), de Loeb (1888), de Fubini (1879), d'Otto van Platen, etc. Ses expériences propres l'amènent à ce résultat que l'acide carbonique excrété à la lumière a dépassé celui qui est produit à l'ombre de 2 0/0. La différence peut être même ramenée à 1/100, ce qui est de l'ordre des erreurs d'expérience. Il n'y a donc pas d'effet appréciable, dans le cas où s'est placé l'auteur, c'est-à-dire chez les grenouilles curarisées.

II. — Les auteurs étudient l'influence sur la respiration (nombre des respirations et quantité d'air de ventilation) de certaines substances, morphine, chloral, atropine, cocaïne, strychnine. Il en résulte que le chloral est un dépresseur typique de la respiration réduisant l'échange respiratoire. Avec la morphine, il y a des effets contradictoires. La cocaïne est un excitant, peut-être le plus actif : viennent ensuite la strychnine et l'atropine.

III. — Le bulbe n'est pas le centre unique des mouvements respiratoires chez l'homme et chez les vertébrés. Chez les chiens nouveau-nés la section de la moelle entre la première et la seconde vertèbre cervicale laisse continuer la respiration : la section du bulbe l'arrête. La différence tient à une inhibition produite par le bulbe. La galvanisation du bulbe diminue les mouvements respiratoires (Gad et Marinesco), les arrête (Brown-Séquard).

Les faits cliniques confirment ces vues. L'auteur cite le cas de Dompelinz (d'Amsterdam) où toute la substance grise du bulbe avait été remplacée par une tumeur fibro-plastique, et dix autres amenant à la même conclusion. Une troisième catégorie comprend les faits où le tissu du bulbe avait été modifié de manière qu'il n'y eût que quelques-uns de ses éléments nerveux pouvant servir de communication entre le pont de Varole et les autres parties de l'encéphale. D'autre part, les faits de section successive de l'encéphale expliquent les cas d'anencéphalie. Il y a, en somme, trois groupes de centres agissant sur la respiration, les centres encéphaliques, les centres bulbaires et les centres médullaires. La destruction du centre bulbaire seul laisse subsister la respiration plus longtemps que celle des centres encéphaliques seuls.

DASTRE.

Innervation motrice de l'estomac et de l'intestin, par J. P. MORAT (*Arch. de physiologie*, *p.* 142, *janvier* 1892).

Van Houckgeest (1872-1873) a montré que le vague, dont l'excitation fait contracter l'estomac, n'est pas un nerf moteur, au sens ordinaire du mot, il ne fait qu'augmenter les mouvements propres de ce viscère. Morat a repris cette étude avec le système des ampoules conjuguées qu'on peut employer sans mutilation chez le chien et chez l'homme même. On constate ainsi que les contractions s'accomplissent avec une forme rythmée. Le rythme n'appartient pas d'ailleurs aux nerfs extrinsèques de l'organe qui ne font que renforcer ou diminuer le mouvement sans lui imprimer sa modalité. Les nerfs de l'estomac sont le vague et le grand splanchnique, aboutissant aux ganglions semi-lunaires, et ensuite à des plexus myentériques. Le vague est un *nerf augmentateur ;* les contractions rythmiques deviennent plus marquées et un peu plus rapides. Le nerf résiste, d'ailleurs, très longtemps à l'épuisement. Le grand splanchnique est inhibiteur et produit des effets opposés. Il en est de même pour l'intestin où le rythme est, en général, plus rapide. De plus le champ d'action est commun aux deux vagues : si l'on coupe l'un, l'autre peut fonctionner double. Si l'on excite le bout central d'un vague, l'autre étant intact, il y a effet inhibitoire par la voie du vague resté intact, car si on le coupe l'inhibition cesse ou diminue considérablement, bien que les splanchniques soient intacts. Il y a donc aussi des éléments gastro-inhibiteurs dans le vague, éléments primés en général par les éléments augmentateurs. Pour l'intestin cette prédominance peut ne pas exister, et l'excitation directe peut avoir un effet inhibitoire. En excitant, chez le chien, le sympathique cervical au point où il est isolé du vague, on ne constate point d'effet.

Le splanchnique donne lieu aussi, pour l'intestin, à des effets

opposés. C'est le mélange des éléments antogonistes qui est la règle.

DASTRE.

Effets circulatoires et respiratoires des excitations centrifuges du nerf vague, par M. DOYON (*Archives de physiologie, p.* 93, *janvier* 1893).

Si l'on paralyse les filets inhibiteurs cardiaques au moyen de l'atropine (dose forte, 2 milligr.), l'excitation du vague peut produire une élévation de la pression artérielle générale, sans qu'il y ait d'accélération du cœur. Il y a donc des filets centrifuges vaso-constricteurs. Arthaud et Butte les ont excités au-dessous du diaphragme. L'excitation du bout périphérique du vague est suivie, en général, d'un arrêt de la respiration, en général en inspiration, quelquefois en expiration. Il y a douleur! L'auteur attribue ces faits à la sensibilité récurrente. Il y aurait des fibres récurrentes, non seulement d'un vague à l'autre (Arloing et Tripier), mais du pneumogastrique au bulbe par le nerf vertébral. Si l'on coupe, en effet, les deux vagues et les deux nerfs vertébraux, les effets respiratoires ne se produisent plus. Une autre cause peut être l'action de vaso-moteurs pulmonaires contenus dans le vague (Couvreur, Arthaud et et Butte, Valdemar Henriquez). Enfin l'anémie bulbaire due à l'arrêt du cœur, lorsqu'on ne prend pas de précautions contre cet arrêt, peut intervenir également.

DASTRE.

Ueber die Innervation des M. crico-thyreodeus, par J. KATZENSTEIN (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 2).

La dissection a montré à Katzenstein que, ni chez le chien, ni chez le singe (macaque) le nerf pneumogastrique n'envoie de rameau nerveux au muscle crico-thyroïdien. L'excitation du filet nerveux, décrit par Exner, sous le nom de rameau pharyngien moyen du nerf vague, ne produit pas non plus de contractions dans le muscle crico-thyroïdien.

La section du nerf laryngé supérieur et du rameau pharyngien du nerf vague du même côté ne produit pas l'atrophie complète du muscle crico-thyroïdien, ni chez le lapin ni chez le chien. La section du nerf laryngé supérieur amène une atrophie partielle du crico-thyroïdien du même côté. La section du rameau pharyngien moyen du nerf vague produit une atrophie notable, mais non totale, des muscles du pharynx. A la suite de cette section, le crico-thyroïdien se comporte comme à l'état normal.

ÉD. RETTERER.

Ueber einen Versuch, die Spannung der Luft... (Sur un essai de mesurer la pression de l'air dans la trachée-artère chez l'homme vivant), par E. ARON (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 3).

Aron a mesuré par divers procédés la pression de l'air inspiré et expiré chez trois femmes trachéotomisées. Voici les résultats auxquels il est arrivé, quant à la pression de l'air dans la trachée-artère, au-dessous de l'ouverture trachéenne :

Dans le premier cas, et pendant la respiration calme et ordinaire, la pression trachéale était, dans l'inspiration, de — 3^{mm},49 de mercure; pendant l'expiration, elle montait à + 3^{mm},17; dans le second cas, la pression était, pendant l'inspiration, de — 2^{mm},08, et pendant l'expira-

tion de $+ 1^{mm}, 23$; dans le troisième cas, la pression était de $- 6^{mm},65$ pendant l'inspiration, tandis qu'elle s'élevait à $+ 6^{mm},29$ pendant l'expiration. ED. RETTERER.

I. — Des mouvements trémulatoires du cœur chez les animaux nouveau-nés, par E. GLEY (*Soc. de biol.*, 23 *juillet* 1892).

II. — Sur la reprise des contractions du cœur, après arrêt complet de ses battements, sous l'influence d'une injection de sang dans les artères coronaires, par HÉDON et GÉLIS (*Ibid.*, 30 *juillet* 1892).

III. — Sur la nature de la contraction cardiaque, par E. MEYER (*Archives de physiologie*, *p.* 670, *octobre* 1892).

IV. — L'inexcitabilité périodique de l'oreillette du chien, par E. MEYER (*Ibid.*, *p.* 184, *janvier* 1893).

V. — Tétanos du myocarde chez les mammifères par excitation du nerf pneumogastrique, par S. ARLOING (*Ibidem, p.* 103, *janvier* 1893).

I. — L'excitation électrique de la surface du cœur provoque des mouvements trémulatoires chez le chien, mais seulement s'il est âgé de plus de 30 jours (29 à 33).

II. — L'expérience connue de l'injection du sang dans les coronaires est répétée par H. et G. chez un décapité trois quarts d'heure après l'exécution. Il y eut reprise des battements du cœur droit avec discordance de l'oreillette et du ventricule. Même expérience chez un chien, par injection du sang défibriné dans le tronc brachio céphalique artériel. Même résultat mais plus complet; il y a battements réguliers du cœur.

III. — On sait que les ondulations du plateau systolique sont dues, selon Marey, à des ondulations produites par le sang, c'est-à-dire de cause extérieure à la contraction du muscle qui est une secousse. Pour Fredericq (1888) ces ondulations sont la trace de 3 ou 4 contractions élémentaires dont l'ensemble constitue la systole. L'auteur examine les pulsations provoquées par un choc d'induction sur le cœur d'un chien refroidi par section de la moelle cervicale, avec section des vagues. Il constate que ces pulsations sont tantôt à plateau ondulé et tantôt à plateau arrondi, et cette particularité tient uniquement à l'état de réplétion du ventricule, le graphique étant arrondi si le ventricule se contracte à vide sans chasser d'ondée, et au contraire ondulé si la systole est efficace. L'auteur conclut qu'il n'est pas démontré que les ondulations du plateau systolique soient l'indication graphique d'un tétanos incomplètement fusionné.

IV. — Marey a démontré que le cœur des animaux à sang froid (grenouille, tortue) passait par une phase d'inexcitabilité à chaque systole. Dastre (1882) a montré que ce phénomène était d'origine musculaire, qu'il appartient au muscle cardiaque pur (pointe du cœur) ; il était vraisemblable qu'on devait retrouver, par conséquent, le phénomène chez les animaux à sang chaud et dans les diverses cavités du cœur. En effet, Loven (1885) signale le même fait sur l'oreillette de la grenouille : à mesure que l'on s'éloigne de la phase systolique l'excitabilité de l'oreillette augmente comme celle du ventricule. Tigersted et Stromberg (1888)

constatent le même phénomène sur le sinus veineux. Gley (1889 et 1891) le constate sur le ventricule des mammifères : E. Meyer fait la même constatation sur l'oreillette du chien. Il voit en outre, que les systoles supplémentaires de l'oreillette, provoquées par excitation efficace, déterminent également dans le ventricule une extra-contraction qui a d'ailleurs les mêmes caractères. Mais inversement les extra-contractions provoquées artificiellement dans le ventricule ne retentissent pas sur l'oreillette.

V. — L'auteur a observé sur ses tracés cardiographiques fort nombreux chez le cheval un fait intéressant. C'est que quelquefois l'on voyait un ou deux rebondissements très nets (juxtaposition précipitée de systoles) avant le relâchement complet des ventricules. Ce fait est attribué à une excitation des deux vagues. D'autres fois on constate un arrêt dans le ventricule au milieu de sa systole avant qu'il ait relâché complètement sa cavité, cela, à la suite de l'enserrement du nerf dans une ligature. L'électrisation légère du pneumogastrique droit a eu également pour résultat un arrêt du ventricule gauche en état de contraction persistante avec une systole avortée, très prolongée pendant laquelle le sang cessait d'affluer dans le ventricule. Avec un courant plus fort, les systoles normales s'éloignent davantage et l'on peut observer quatre systoles avortées suivies chacune d'un état tétanique du myocarde. Enfin dans un cas où l'on enserrait le pneumogastrique gauche dans une ligature, on a vu le ventricule droit parvenu à la fin d'une systole ordinaire rester en contraction uniforme pendant sept secondes. Le tracé offre les caractères du tétanos expérimental ordinaire. Ce tétanos cesse brusquement au moment où la ligature est faite. Les conditions de ces différents phénomènes ne sont pas exactement fixées. En supposant que les graphiques n'aient par présenté d'accidents fortuits dus aux manœuvres dans les cas précités, on peut croire que ceux-ci tendent à faire admettre l'idée d'un tétanos du cœur, en dehors des conditions indiquées par Volkman, E. Weber, Heidenhain, Marey, Dastre et Morat, etc. DASTRE.

I. — Researches on the filling of the heart, par Townsend PORTER (*The Journal of Physiology*, p. 513, *XIII*).

II. — The influence of carbonic acid... (Influence de l'acide carbonique dissous dans les solutions salines sur le ventricule du cœur de la grenouille, par Sidney RINGER (*Ibidem*, *XIV*, *p.* 125).

I. — L'auteur, partant de ce point de vue que le remplissage du cœur résulte des différences de pression dans les veines, les oreillettes, les ventricules, étudie les pressions du sang dans ces cavités, soit en comparant les courbes manométriques synchrones, soit en employant le manomètre différentiel. Le courant sanguin des veines dans l'oreillette est intermittent : il cesse pendant l'élévation systolique et le premier rebondissement diastolique. La seconde dépression diastolique est causée par la contraction du ventricule et non par le relâchement de l'oreillette. C'est là un facteur important dans le remplissage de l'oreillette et d'autant plus qu'augmente la fréquence du cœur. La pression négative dans le ventricule a peu d'effet sur la pression dans l'oreillette. En employant le manomètre différentiel, on voit que le sang coule dans le ven-

tricule depuis l'ouverture des valvules auriculo-ventriculaires jusqu'au moment de la systole où la pression ventriculaire commence à dépasser la pression auriculaire. La pression négative dans le ventricule se produit après la systole : on peut distinguer deux formes : la première qui se produit avant que le courant auriculo-ventriculaire s'établisse ; la seconde au même moment ou un peu après. La pression négative dans le ventricule lorsque la poitrine est ouverte ne peut exercer d'influence matérielle sur la pression auriculaire. La durée de cette phase de pression négative peut être plus grande avec un cœur fréquent qu'avec un cœur lent. Quelques faits semblent indiquer que le ventricule en diastole peut subir des changements de volume dont la cause réside dans le muscle ventriculaire lui-même.

II. — L'acide carbonique dissous dans la solution saline diminue la contractilité. La solution bouillie permet une contraction plus prolongée que la solution non bouillie. Une liqueur capable d'entretenir pendant longtemps la contractilité perd de sa vertu par le barbottage de l'acide carbonique. Le chlorure de potassium est inefficace. Le bicarbonate de soude provoque une contraction tonique. Les sels de calcium et de potassium sont respectivement antagonistes. DASTRE.

Wie erklärt sich der Stillstand des überwarmten Herzens? (Comment s'explique l'arrêt du cœur produit par une élévation de température ?) par Manille IDE (*Archiv für Physiologie. Suppl. Bd.*, *p.* 243, 1892).

On a cherché pendant longtemps à expliquer l'arrêt du cœur qui se produit à une température dépassant légèrement 40°, par une coagulation de matières albuminoïdes dissoutes dans le plasma sanguin. Cette explication n'est plus admissible depuis que l'on sait que le cœur de grenouille peut se remettre à battre, si l'on a soin d'abaisser sa température.

L'auteur constate avec ses devanciers que le cœur de grenouille peut être plongé pendant une minute dans un bain dont la température ne dépasse pas + 49° C. Si on le lave avec du sang artériel défibriné, il reprendra ses battements. L'auteur admet que l'arrêt des pulsations ne dépend pas d'une altération de la structure du muscle cardiaque, mais d'une altération chimique, nutritive de sa substance. Cette altération provient probablement d'une désassimilation exagérée produite par l'augmentation de la température.

Au delà de + 50°, il se produit dans la substance du cœur des coagulations, c'est-à-dire des altérations de structure incompatibles avec le retour de pulsations. LÉON FREDERICQ.

Untersuchung des Blutdruckes im Lungenkreislauf (Etude de la pression sanguine dans les vaisseaux pulmonaires), par Valdémar HENRIQUEZ (*Skandin. Archiv für Physiologie*, *IV*, *p.* 229 1892).

L'auteur enregistre la pression sanguine dans l'artère pulmonaire et dans l'auricule gauche, au moyen de deux sphygmoscopes, chez le chien, le chat et le lapin curarisés et soumis à l'action de la respiration artificielle.

1° Les variations de pression à période longue, que l'on attribue

généralement à des variations dans le calibre des petits vaisseaux de la circulation générale, doivent être rapportées d'après l'auteur à des variations rythmiques de l'activité du cœur, car les variations en question se produisent en même temps et dans le même sens dans la courbe de l'artère pulmonaire et dans celle de l'auricule. Elles disparaissent après section de la moelle allongée. C'est par erreur que l'auteur appelle ces courbes, courbes de Traube-Hering. Les courbes de T.-H. sont des oscillations respiratoires de la pression sanguine.

2° Par excitation du bout périphérique du pneumogastrique, on peut observer une grande diversité d'effets sur la pression sanguine : *a*) chute de pression dans les deux courbes par ralentissement ou arrêt du cœur; élévation des deux courbes, par exagération du travail du cœur; *c*) chute de pression dans l'artère pulmonaire, coïncidant avec une augmentation de pression dans l'auricule et due à une vasodilatation limitée au poumon (chien et lapin); *d*) augmentation de pression dans l'artère pulmonaire, coïncidant avec une chute de pression dans l'auricule et due à une vasoconstriction limitée au poumon (un chat). LÉON FREDERICQ

I. — Recherches sur la coagulation du sang, par Maurice ARTHUS (*Thèse de doct. sc. naturelles, Paris*, 1890).

II. — Ueber den flüssigen Zustand des Blutes und die Blutgerinnung (Sur la fluidité et la coagulation du sang), par Léon LILIENFELD (*Archiv f. Physiologie, p.* 548, 1892).

III. — Participation des leucocytes dans la coagulation du sang, par J. SALVIOLI (*Arch. ital. de biol., XVIII, p.* 318, *et Giornale dell' Accad. di medicine di Torino, LV*, 1892).

IV. — Sur la défibrination du sang artériel, par A. DASTRE *Archives de physiologie, p.* 169, *janvier* 1893).

V. — Relation entre la richesse du sang en fibrine et la rapidité de la coagulation, par A. DASTRE (*C. R. de la Soc. de biologie*, 21 *janvier* 1893).

VI. — Incoagulabilité du sang et réapparition de la fibrine chez l'animal qui a subi la défibrination totale, par A. DASTRE (*Ibid*).

VII. — Sucre et glycolyse à la suite de défibrination, par A. DASTRE (*Ibidem*, 17 *décembre* 1892).

VIII. — Ueber den Einfluss der Athmung auf die Permeabilität der Blutkörperchen (Influence de la respiration sur la perméabilité des globules sanguins), par H. J. HAMBURGER (*Zeits. f. Biologie, XXVIII, p.* 405, 1892).

IX. — Ueber den Einfluss von Säure und Alkali auf defibrinirtes Blut (Sur l'influence des acides et des alcalis sur le sang défibriné), par H. J. HAMBURGER (*Archiv f. Physiologie, p.* 511, 1892).

I. — On admet généralement avec Hammarsten que la formation de la fibrine provient de la transformation d'une matière nommée fibrinogène sous l'influence d'un ferment qui paraît parvenir de la destruction des éléments cellulaires. L'auteur démontre que la fibrine est un composé calcique et que, par conséquent, il faut en outre du fibrinogène et du ferment, un sel de calcium. Le sang, additionné d'un oxalate ou d'un fluorure alcalin dans la proportion au plus de 1 pour 1,000 d'oxalate

et de 2 pour 1,000 de fluorure, ne peut plus se coaguler spontanément.

Les sels de strontium ont les mêmes propriétés que les sels de calcium; il existe une fibrine strontique.

L'auteur rapproche la coagulation du sang de celle du lait. Il pense que la caséification est un phénomène complexe résultant de la transformation d'une substance albuminoïde sous l'influence d'un ferment et donnant naissance à un composé alcalino-terreux.

La caséine serait l'homologue du fibrinogène; le labferment du fibrinferment; le caséum de la fibrine. Enfin, la substance albuminoïde du petit lait représenterait la globuline d'Hammarsten coagulable à 64°. G.H.

II. — Les leucocytes contiennent une substance qui est une combinaison de *nucléine* et d'*histone*, *nucléo-histone*. L'histone paraît voisine des propeptones; injectée dans les vaisseaux, elle suspend la coagulation du sang, elle a la même action si on l'ajoute *in vitro* à du sang fraîchement tiré. Les leucocytes et les plaquettes ne s'altèrent pas dans le sang qui contient de l'histone. La *nucléine*, au contraire, a sur le sang une action coagulante des plus marquées. La substance coagulante (nucléine) et la s. anticoagulante sont combinées entre elles dans les leucocytes. L'histone empêche la coagulation parce qu'elle se combine à la nucléine et rend celle-ci inoffensive. Les sels de calcium détruisent la combinaison de nucléo-histone mettent la nucléine en liberté, d'où coagulation. La fluidité du sang est liée à l'intégrité de la nucléo-histone : dès que la combinaison est détruite, la coagulation se produit. Les solutions de nucléine conservent cette action coagulante même après avoir été soumises à l'ébullition.

Le ferment de la fibrine ne paraît pas nécessaire au phénomène de la coagulation. LÉON FREDERICQ.

III. — L'auteur essaie de comparer le nombre des leucocytes qui se trouvent dans un essai de sang coagulé et dans le sang circulant. Il a trouvé que les globules blancs ne diminuaient point dans le sang qu'on laisse coaguler. En second lieu, il chercha si les leucocytes se désagrègent pendant la coagulation, en observant une blessure du mésentère de la grenouille, et il n'aperçut jamais d'altération visible, ni dans la forme ni dans l'aspect. Ils ne se détruisent donc pas en sortant des vaisseaux comme l'ont prétendu Rauschenbach et Groth. Enfin, en produisant une coagulation à l'intérieur des vaisseaux (vaisseau compris entre deux ligatures) on n'observe pas la désagrégation des leucocytes; non plus, lorsque l'on produit des coagulations étendues par injection d'eau ou d'hémoglobine chez le cobaye. Les plaquettes hématiques au contraire, dans ce dernier cas, se déformant, deviennent visqueuses, forment des thrombus, s'altèrent et se détruisent. En résumé, les leucocytes ne prennent aucune part à la coagulation du sang.

IV. — L'auteur s'est proposé d'extraire du sang artériel d'un animal toute la fibrine qu'il peut fournir et de restituer à cet animal (chien) le sang ainsi débarrassé de fibrine et rendu incoagulable. L'opération ne peut être faite d'un seul coup. Il faut procéder par saignées et réinjections successives, comprenant une fraction variable de la masse totale du sang (1/2 à 1/7). C'est le *taux de la soustraction* sanguine. La survie de l'animal dépend de ce taux; elle est assurée avec les taux faibles

L'auteur examine la relation entre la richesse du sang en fibrine et la rapidité de la coagulation, les causes de l'incoagulabilité du sang, la teneur en sucre et la glycolyse; enfin, il signale les caractères particuliers de la fibrine de nouvelle formation. La néo-fibrine est proche des globulines par sa solubilité dans une eau faiblement saline; elle est coagulée aux environs de 58°; elle est précipitée par l'eau salée à 10 0/0, tous caractères qui en fait un intermédiaire entre le fibrinogène et la fibrine.

V. — Contrairement à la loi énoncée par les auteurs, à savoir que la coagulation du sang est d'autant plus lente que le sang fournit plus de fibrine ou d'autant plus rapide qu'il en fournit moins, l'auteur a constaté que la coagulation était très lente dans des échantillons à peu près dépourvus de fibrine.

VI. — L'incoagulabilité du sang, dans l'espèce, est due à l'absence de fibrinogène. Si l'on fournit au sang ultimé incoagulable, le fibrinogène seul, la coagulation a lieu : le fibrin-ferment existe en quantité suffisante. La fibrine reparaît, plus ou moins rapidement. Après 24 heures la quantité dépasse de 1/3 le taux initial. Il y a surproduction de fibrine.

VII. — Pendant l'opération de la défibrination totale, les variations du glucose du sang sont minimes et ne dépassent pas la limite des oscillations physiologiques. Les conditions de la destruction du sucre sont également les mêmes que pour le sang normal. DASTRE.

VIII. — Si l'on fait passer CO^2 à travers du sang défibriné on modifie la *perméabilité* des globules rouges, la densité du sérum et sa teneur en matériaux solides augmente, quoiqu'il cède une partie de ses chlorures aux globules.

La composition primitive des globules du sérum se rétablit si l'on fait passer un gaz inerte O, H, Az, à travers le sérum.

La tension osmotique des globules et du sérum ne varie pas par suite de l'action de CO^2.

Les globules traités par CO^2 suivent la loi des coefficients isotoniques en ce qui concerne la sortie de l'hémoglobine par l'action des solutions salines. LÉON FREDERICQ.

IX. — L'auteur résume de la façon suivante les résultats de ses recherches :

1° Les acides et les alcalis provoquent dans le sang défibriné des phénomènes d'échange entre les constituants des globules et du sérum.

2° Malgré l'importance de ces échanges, le pouvoir d'attraction pour l'eau qu'exerce le sérum (et les globules) reste le même; il faut donc admettre que l'action des acides ou des alcalis sur le sang défibriné revient à une altération de la perméabilité des globules rouges.

3° Après action des alcalis et des acides, les globules rouges continuent à se comporter conformément à la loi des coefficients isotoniques, en ce qui concerne la dissolution de leur hémoglobine.

4° Les alcalis et les acides agissent en sens inverse sur la perméabilité des globules.

5° L'action que CO^2 exerce sur la perméabilité des globules ne lui est pas spéciale mais appartient aux acides en général.

6° L'influence qu'une certaine quantité d'alcali exerce sur le sang

peut être compensée par l'addition d'une quantité équivalente d'acide et réciproquement.

7° La susceptibilité des globules vis-à-vis des alcalis et des acides est très grande. On observe encore des changements appréciables de la perméabilité des globules pour une partie de KHO sur 12,900 de sang et pour une partie HCO sur 40,000 de sang.

8° Les alcalis protègent les globules contre l'action (dissolution de l'hémoglobine) des acides de la bile, contre celle de la bile du chlorure d'ammonium. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber die Hemmungserscheinungen in quergestreiften Muskeln (Sur les phénomènes d'inhibition des muscles striés), par Gustav PIOTROWSKI (*Centralblatt für Physiologie, VI, p.* 597, 1892).

II. — Ueber secundäre Zuckung (Sur la contraction secondaire), par J. von UEXKÜLL (*Zeitschr. f. Biologie, XXVIII, p.* 540, 1892).

I. — L'excitation directe ou indirecte des muscles de la pince de l'écrevisse provoque, suivant l'intensité du courant et le muscle choisi, tantôt la contraction, tantôt le relâchement du muscle. L'auteur est tenté d'admettre pour le muscle, deux espèces de fibres nerveuses analogues aux nerfs cataboliques et anaboliques de Gaskell, les uns, présidant à l'assimilation et au relâchement, les autres, à la désassimilation et à la contraction musculaire.

II. — Si l'on place le nerf d'une patte galvanoscopique sur la partie moyenne du muscle couturier de la grenouille isolé et soumis à des excitations électriques, on obtient une contraction secondaire de la patte galvanoscopique, chaque fois que l'excitation électrique du couturier porte, soit sur les fibres musculaires seules, soit sur les fibres nerveuses seules. Si l'on excite à la fois, muscle et nerf moteur du couturier, la contraction secondaire ne se montre plus quoique le couturier se contracte énergiquement. Il faut curariser fortement le muscle pour supprimer le phénomène. Nous renvoyons à l'original pour les détails de l'expérience et pour la discussion théorique à laquelle l'auteur se livre à son occasion. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Aenderung der Blutalkalescenz durch Muskelarbeit (Sur les modifications de l'alcalinité du sang par le travail musculaire), par W. COHNSTEIN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXX*, 2).

Cohnstein a fait une série d'expériences sur le *lapin* et le *chien* pour déterminer le degré d'alcalinité du sang : 1° pendant le repos de l'animal ; 2° pendant le travail musculaire ; 3° sous l'influence du régime.

1. En amenant chez le *lapin*, des contractions musculaires généralisées au moyen d'un courant électrique, Cohnstein confirme ce résultat déjà connu, à savoir que l'alcalinité du sang peut diminuer jusqu'au point d'amener la mort de l'animal.

2. Chez le *chien*, un travail musculaire modéré abaisse également l'alcalinité du sang.

Mais chez le carnassier, cette diminution de l'alcalinité du sang est

faible et de peu de durée. Pour provoquer un abaissement plus notable de l'alcalinité du sang chez le carnassier, il est nécessaire de modifier son régime en lui donnant des aliments peu ou point azotés.

ED. RETTERER.

Eine Hemmungs-erscheinung and Nervmuskel-präparat (Phénomène d'inhibition présenté par la préparation neuro-musculaire), par K. KAISER (*Zeitsch. f. Biologie, XXVIII, p.* 417, 1892).

L'auteur montre que le tétanos qui se produit dans le muscle gastrocnémien de la grenouille par excitation chimique (au moyen de glycérine) de la portion périphérique du nerf sciatique peut être arrêté, jusqu'à un certain point, par une seconde excitation électrique ou chimique (solution concentrée de chlorure sodique) appliquée sur la portion centrale du nerf. Nous renvoyons à l'original pour la discussion de l'interprétation du phénomène.

LÉON FREDERICQ.

Durée du travail de production des mouvements involontaires coordonnés, par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie, p.* 703, *octobre* 1892).

Les irritations qui produisent des mouvements involontaires, coordonnés, ne le font qu'après avoir modifié ou créé un mécanisme moteur particulier. C'est ce qui arrive pour les accès épileptiques des cobayes. Le léson irritatrice qui produit les mouvements involontaires ne les fait apparaître qu'après une période d'au moins deux secondes.

DASTRE

Quelques observations sur la réaction de la sueur et sur les substances qui entrent dans sa composition, chez l'homme sain et chez les malades), par P. GUIZETTI (*Archivo ital. di clin. medica, fasc.* 1, *p.* 84, 1892).

Guizzetti a recherché quelle est la réaction de la sueur chez l'homme sain. Il a constaté que cette réaction est acide au début et à la fin d'une sudation abondante, qu'elle est au contraire neutre et parfois légèrement alcaline lorsque la sécrétion est à son acmé. La réaction serait acide lorsque la sécrétion sudorale est encore peu abondante, l'acidité diminuant au fur et à mesure que la sécrétion augmente. L'alcalinité est en raison directe de la quantité de sueur sécrétée dans l'unité de temps. L'acidité est d'autant plus manifeste que la sécrétion est plus récente; elle diminue quand la sueur est restée exposée à l'air pendant un certain temps. L'alcalinité serait due à la transsudation du sérum sanguin, au niveau des capillaires cutanés, rendue plus facile par l'hyperémie qui accompagne la sécrétion sudorale.

En ce qui concerne la réaction de la sueur chez les malades, Guizzetti a constaté que les sueurs des brightiques présentent une réaction constamment alcaline.

G. LYON.

Sur la digestion des graisses après fistule biliaire et extirpation du pancréas, par E. HÉDON et J. VILLE (*C. rendus de la Société de biologie, p.* 309, 9 *avril* 1892).

Abelmann a étudié la digestion des graisses après ablation du pancréas. Dastre récemment a repris l'étude de la digestion des graisses après fistule biliaire. Les auteurs du présent mémoire pratiquent suc-

cessivement les deux opérations. Après fistule biliaire, 100 parties de graisses rejetées contiennent : savons, 41 ; acides gras libres, 57 ; graisses neutres, 2.

Après l'extirpation du pancréas, la digestion fut très troublée : sur 100 parties de graisses rejetées, il y avait : acides gras libres, 78 ; graisses neutres, 22 ; pas de savons, dans le cas de nourriture à l'axonge. Dans le cas de nourriture au lait, on trouve : savons, 0 ; acides gras libres, 45 ; graisses neutres, 55. Il y a donc encore un dédoublement des matières grasses. DASTRE.

On the transformation of maltose to dextrose, par L. E. SHORE et C. TEBB (*Proceed. of the Phys. Soc.*, 25 *juin* 1892 ; *Journal of Physiology. XIII*).

C'est une extension et une répétition des expériences de Bronn et Héron sur les actions hydrolytiques de l'intestin grêle. On se servait des tissus desséchés du pancréas, de l'intestin, des ganglions lymphatiques. des glandes de Peyer, etc. Le tissu était haché, séché dans un courant d'air à 37°, puis pulvérisé, dégraissé avec l'éther ; une petite quantité de cette poudre était ajoutée à une solution de maltose (avec du thymol et de l'acide borique) à 40 degrés pendant 10 à 20 heures. La dextrose était démontrée par la phenylhydrazine ou le réactif de Barford et appréciée avec la liqueur de Fehling. — C'est la muqueuse de l'intestin grêle qui a le pouvoir maximum de transformation ; puis viennent les plaques de Peyer ; puis, plus bas, les ganglions lymphatiques ; enfin, au dernier échelon, le pancréas. DASTRE.

Ferments solubles et ferments figurés, par M. ARTHUS et A. HUBER (*Archives de physiologie*, *p.* 651, *octobre* 1892).

Le fluorure de sodium, à la dose de 1 0/0, tue tous les êtres vivants. Il s'oppose au développement des fermentations vitales ; il n'arrête pas les fermentations chimiques. Tappeiner avait signalé la propriété antiseptique du fluorure de sodium. On préserve de la putréfaction le lait, les sucs digestifs naturels, les fragments de tissus. Le sucre ne diminue plus dans ces liqueurs, sang, transsudat péritonéal. Une partie du fluorure est précipitée à l'état de fluorure de calcium. Le ferment lactique, le ferment ammoniacal de l'urine sont rendus inactifs : de même le ferment alcoolique levure. Les doses inférieures entravent ou retardent l'action du ferment figuré. Quant aux ferments solubles, ils ne sont pas entravés ; l'invertine, l'émulsine, la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique effectuent leurs réactions habituelles. Le fluorure empêche la glycolyse s'il est ajouté au sang sortant des vaisseaux ; il ne l'empêche pas s'il est mélangé plus tard. Le fluorure permet la transformation du glycogène du foie en sucre réducteur. Il arrête les oxydations qui s'accomplissent dans le sang extrait des vaisseaux. DASTRE

Ueber den Einfluss von Kohlensäure... (Influence de l'acide carbonique sur les ferments diastasique et peptonisant de l'organisme animal), par N. P. SCHIERBECK (*Skandin. Archiv f. Physiologie*, *III*, *p.* 344, 1892).

Influence favorable exercée par CO^2 sur l'action de la diastase et de la trypsine en solution alcaline. Influence défavorable lorsque les liquides contenant les ferments sont acides.

L'auteur admet que la trypsine et la diastase agissent le mieux en solution très légèrement acide, par exemple dans des solutions de soude saturée de CO^2. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss niedriger Temperaturen auf die Functionen des Magens (Influences des basses températures sur les fonctions de l'estomac), par **M. FLAUM** (*Zeitschr. f. Biologie, XXVIII, p.* 433, 1892).

1° Le suc gastrique artificiel, préparé au moyen d'un estomac de porc, peut digérer l'albumine à la température de 0°. La digestion est d'autant plus lente que la température est plus basse. La digestion fournit les mêmes produits, syntonine, propeptone, peptone et en proportion égale à basse température qu'à la température normale. Le processus est ralenti mais non altéré.

2° L'estomac de la grenouille digère rapidement l'albumine cuite à la température de la chambre, et presque aussi rapidement à + 10°. Si l'on abaisse la température à partir de 10°, il y a un ralentissement très marqué de la digestion qui se trouve entièrement suspendue vers 6° à 7°. La suppression de la digestion provient de la suppression de la sécrétion du suc gastrique.

L'auteur a constaté que le suc sécrété par l'estomac de la grenouille contient à la fois de l'acide et de la pepsine, contrairement aux affirmations de V. Swieçicki.

3° Le faculté que possède l'épithélium de l'estomac de régénérer l'albumine au moyen de peptone (propeptone) ne s'exerce que si la température dépasse + 7°.

4° Les mouvements de l'estomac de grenouille excisé, ou conservé *in situ*, sont influencés par la température extérieure. LÉON FREDERICQ.

Die Resorption der Fettsäuren... (Résorption des acides gras des graisses alimentaires par une autre voie que le canal thoracique), par **Otto FRANK** (*Archiv f. Physiologie, p.* 497, 1892).

Les recherches de Walther ont montré que le canal thoracique n'est probablement pas la seule voie pour la résorption des acides palmitique, oléique et stéarique introduits dans l'intestin. C'est ce que les expériences de l'auteur établissent d'une façon péremptoire. Il fait ingérer au chien un poids connu d'un mélange d'acides gras fondant à +42°, puis recueille pendant un certain temps le chyle du canal thoracique pour y doser la graisse et les acides gras et dose pareillement la graisse et les acides gras contenus dans l'estomac, l'intestin et les matières fécales au moment où l'animal est sacrifié. La quantité d'acides gras absorbée par le canal thoracique ne paraît représenter qu'une partie assez faible de la quantité ingérée. L'auteur a constaté que l'absorption durait environ 24 heures, que la grande masse des aliments séjournait fort longtemps dans l'estomac et passait graduellement par petites portions dans l'intestin, de sorte que ce dernier ne contenait guère plus de 5 0/0 de la masse totale à un instant donné.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur a lié le canal thoracique au niveau du cou, puis a nourri ses animaux au moyen d'aliments

riches en acides gras. Malgré la ligature du canal thoracique il y a encore résorption abondante d'acides gras, qui devaient donc avoir suivi une autre voie que le canal thoracique. L'utilisation des acides gras par les animaux à canal lié était un peu moins bonne que chez les animaux de la première série. LÉON FREDERICQ.

I. — Pepton und Albumose (Peptone et albumose), par C. A. PEKELHARING. (*Zeitschrift für Biologie*, *XXVIII*, *p.* 571.)

II. — Bemerkung zu der Mittheilung von Pekelharing. (Observation relative à la communication précédente), par KUHNE (*Ibid.*).

III. — Erfahrungen über Albumosenund Peptone (Expériences sur les albumoses et les peptones), par W. KÜHNE, *Ibid.*, *XXIX*, *p.* 1).

IV. — On fractional heat-coagulation, par R. T. HEWLET (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 493, *octobre* 1892).

V. — On lacto-globulin, par HEWLET (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 798).

VI. — The proteid of kidneys and liver cells, par W. D. HALLIBURTON (*Ibid.*, *XIII*, *p.* 806).

I. — Pekelharing prétend que la peptone n'est qu'un albumose impure. Il se fonde pour cela sur ce que la solution qui filtre après l'action précipitante du sulfate d'ammoniaque et qui, d'après cela, devrait être une peptone, fournit la réaction suivante : qu'on mette cette peptone à dialyser et après quelque temps la liqueur à l'intérieur du dialyseur (prétendue peptone) sera devenue précipitable par le sulfate d'ammonium, c'est-à-dire sera une albumose. Les sels mêlés l'empêcheraient de manifester sa véritable nature.

II. — Kühne répond à cela qu'en effet le caractère de la précipitation par le sulfate d'ammoniaque n'est pas absolu : qu'il y a des deutéro-albumoses qui précipitent insuffisamment : et que cela dépend des quantités en présence. Mais que d'autre part, les véritables peptones, telles qu'il en tient des échantillons à la disposition de son contradicteur, soumises au même traitement, ne deviennent jamais précipitables par le sulfate d'ammonium. Voilà les véritables peptones.

III. — Kühne reprend la question dans un mémoire étendu. Il insiste sur les autres caractères des peptones, l'avidité pour l'eau, la teneur en carbone, etc. Il traite de la diffusion des albumoses et des peptones, puis des albumoses bactériennes, particulièrement de la tuberculine de Koch et enfin de la manière dont le bacillus subtilis et le prodigiosus se comportent vis-à-vis des protalbumoses.

VI. — C'est Halliburton qui a employé la méthode de la coagulation fractionnée. Il a conclu que le sérum était un mélange de trois albumines. Le blanc d'œuf serait un mélange de deux globulines et de trois albumines (Corin et Bérard). Haycraft et Duggan ont fait observer que la température de coagulation était considérablement influencée par la concentration du liquide essayé : la dilution élève le point de coagulation. Corin et Ansiaux (1891) ont combattu ces objections ; L. Fredericq de même. L'auteur reprend le problème, et voici ses conclusions : Le bain d'huile doit être préféré au bain-marie. Il n'est pas nécessaire de distinguer

entre le point d'opalescence et le point de coagulation : Ces deux points se confondent si l'on procède assez lentement. Les différences de coagulation avec échauffement lent ou échauffement rapide sont seulement apparentes. L'échauffement doit être très lent pour obtenir un point de coagulation exact, surtout lorsqu'il s'agit de solutions diluées. L'échauffement prolongé n'altère pas la température de coagulation. Les solutions très étendues d'une substance protéique peuvent être empêchées de coaguler par un très faible excès d'acide ou d'alcali. Le phénomène de la coagulation fractionnée n'est pas dû aux effets de la dilution, car la dilution n'élève pas réellement le point de coagulation et d'ailleurs l'élévation du point de coagulation est sans rapport avec le degré de dilution. Il reste vraisemblable que le blanc d'œuf est un mélange d'au moins trois protéïdes. Il serait désirable de s'entendre sur les conditions typiques de détermination de la température de coagulation.

V. — Le chlorure de sodium précipite mieux le caséinogène que le sulfate de magnésie. Le caséinogène du lait n'est pas complètement précipité par le chlorure de sodium ou le sulfate de magnésium à saturation. Une petite quantité reste en solution et se précipite en chauffant à 35° ou en saturant avec un second sel neutre. Il est possible que le résidu de caséinogène soit plus intimement associé aux sels de chaux que la première portion. Une petite quantité de globuline semble exister dans le lait, comme l'a établi Sebelien. Pour préparer de la lactalbumine pure il est nécessaire de dialyser sa solution pour séparer par précipitation les traces persistantes de caséinogène et de globuline.

VI. — Voici les conclusions générales de ce mémoire : L'albumine fait défaut dans le rein; elle existe à l'état de simples traces dans les cellules de la lymphe et du foie. Les protéïdes existants se divisent en deux classes : les nucléo-albumines et les globulines. Les nucléo-albumines des cellules de la lymphe et du rein peuvent être obtenues soit par la méthode au chlorure de sodium, soit par le procédé à l'acide acétique. La nucléo-albumine du foie en diffère en ce qu'elle ne peut être obtenue que par cette dernière méthode. Cette nucléo-albumine est l'un des constituants les plus abondants des cellules du rein et de la lymphe ; mais elle existe en faible quantité dans les cellules du foie, et d'ailleurs elle y est remarquable par sa teneur en phosphore. Toutes ces substances produisent la coagulation intra-vasculaire, et il n'est pas douteux que les nucléo-albumines cellulaires sont, comme l'a montré Pekelharing, les génératrices du fibrin-ferment.

Dans toutes ces variétés de cellules, il existe une globuline qui se coagule par la chaleur à 48°-50°. Il y a en outre, dans les cellules du foie une autre globuline qui coagule vers 70°. DASTRE.

Manière de se comporter des sucres et leur action dans l'organisme, par P. ALBERTONI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 266, *et Memorie della R. Accad. di Bologna, V, II, p.* 231).

L'absorption du sucre (toutes choses égales d'ailleurs) est diminuée par une saignée de 1 à 4 0/0 du poids du corps. La diminution est d'environ 18 0/0, lors même que le sang soustrait est remplacé par une égale quantité de la solution physiologique. La soustraction de sang

n'exerce pas d'influence sur la destruction ou sur la transformation du glucose dans l'organisme. L'absorption de grandes quantités de sucre n'a pas modifié la quantité de bile chez un chien à fistule biliaire. Les leucocytes sont très sensibles (chiomotaxisme) aux solutions de lactose et de glycose. DASTRE.

Le suc intestinal comme agent de la digestion, par Moritz SCHIFF (*Archives de physiologie*, *p.* 699, *octobre* 1892).

On supprime l'action digestive du pancréas par une injection de paraffine. On pratique une fistule à l'extrémité pylorique de l'estomac. Les matières alimentaires sont contenues dans des sacs de baudruche permettant la pénétration par osmose des liquides et empêchant la sortie des parties solides. Un tel sac serait dissous dans l'estomac. Il ne l'est pas dans l'intestin. Après 6 à 8 heures on le retire. On constate que la viande est digérée. — La graisse a disparu, saponifiée sans doute. L'amidon a été saccharifié. Le suc intestinal a donc une action digestive analogue à celle du pancréas. Cette action est nulle ou très faible dans le gros intestin. DASTRE.

Ferment actions of the pancreas in different animals, par V. HARRIS et W. GOW (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 469).

Les auteurs ont recherché dans le pancréas les ferments suivants : amylolytique, protéolytique, lipolytique et le lab. Ils ont recherché ces ferments dans le pancréas de divers animaux, morts en général de maladie au Zoological Society's Garden, à savoir : le lion, l'ours, la loutre, le phoque, le cerf, le tatou, le paradoxius, l'armadille, le léopard, le cynocéphale, le cheval, le moufflon, etc. C'est le ferment tryptique qui est de beaucoup le plus universel, puis le ferment lab, puis le ferment amylolytique, et enfin le ferment des graisses, dont l'existence serait douteuse. Chez les carnassiers, léopard, ocelot, serval, pas de ferment amylolytique, non plus que de lab ; le pouvoir protéolytique, très marqué. Les extraits salés de pancréas, ou les extraits frais, chez le porc, n'ont aucun pouvoir d'inversion. Le pancréas frais du porc, d'autre part, peut transformer l'amidon cru en dextrine. DASTRE.

Pathogénie du diabète. Rôle de la dépense et de la production de glycose dans les déviations de la fonction glycénique, par A. CHAUVEAU et KAUFMANN (*Mémoires de la Société de biologie*, 11 *février* 1893).

La *fonction glycémique* exprime le fait que le sucre physiologique est en voie de formation et de destruction continuelle. Il est formé dans le foie (Cl. Bernard) et détruit dans les capillaires généraux (Chauveau). C'est l'ensemble des actes qui maintiennent constamment l'équilibre entre la production et la dépense, c'est-à-dire, en somme, la teneur du sang en sucre. — Les auteurs se demandent si, dans le diabète, c'est la dépense du sucre qui s'arrête ou sa production qui s'accroît. Il y a excès de sucre dans le sang, hyperglycémie ; d'autres fois, il y a hypoglycémie.

Chauveau réclame la découverte du fait que le sucre du sang se détruit dans les capillaires généraux, c'est-à-dire que le sang veineux est

plus pauvre que le sang altériel (1856). Cette découverte est attribuée à Cl. Bernard. De même, le fait que le sang des deux cœurs est sensiblement de richesse égale en sucre.

La même supériorité du sang altériel sur le sang veineux au point de vue de la teneur en sucre se retrouve dans toutes les déviations de la fonction glycémique qui sont provoquées par une lésion du système nerveux central. Par exemple, dans l'hyperglycémie déterminée par l'asommement, ou par la piqûre du 4e ventricule, ou par la section atloïdo-occipitale de la moelle épinière; de même dans l'hypoglycémie due à la section de la moelle au niveau du renflement brachial et dans les régions avoisinantes.

Dans un cas de diabète grave à marche ultra-rapide, Chauveau a trouvé dans le sang artériel de l'homme une quantité de glycose considérable, à savoir 5,89 pour 1000. Dans le diabète phlorydzinique, au contraire, il n'y a pas d'hyperglycémie, quoiqu'il y ait glycosurie abondante.

Dans le diabète déterminé par l'excision du pancréas les résultats sont les mêmes.

De là la conclusion que l'hyperglycémie diabétique, quelle qu'en soit l'origine, reconnaît pour cause un excès de la production et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense. La cause immédiate réside donc dans la modification de la production du sucre. DASTRE.

I. — Destruction des capsules surrénales chez le cobaye.

II. — Toxicité de l'extrait alcoolique du muscle de grenouilles privées de capsules surrénales.

III. — Maladie d'Addison. Tracés ergographiques. Diurèse par injections de capsules surrénales, par ABELOUS et P. LANGLOIS (*C. R. de la Soc. de biol.*, *7 mai* 1892, *4 juin* 1892 *et* 2 *juillet* 1892).

IV. — Essais de greffes de capsules surrénales sur la grenouille, par J. E. ABELOUS (*C. R. de la Soc. de biol.*, 12 *novembre* 1892).

V. — Physiopathologie des capsules surrénales, par R. SUPINO (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 327, 1892, *et Riforma medica*, *p.* 685-691, 1892).

VI. — La fatigue chez les Addisoniens, par ABELOUS, CHARRIN et LANGLOIS (*Archives de physiologie*, *p.* 721, *octobre* 1892).

I. — La destruction, par ligature du hile, écrasement, cautérisation ignée complète d'une capsule chez le cobaye ne produit pas de troubles permanents, dans la plupart des cas. La destruction complète des deux capsules entraîne fatalement la mort rapide (quel que soit l'intervalle des deux opérations) par paralysie progressive et abaissement de température. Le résultat de la destruction partielle des deux capsules varie avec l'étendue de la lésion. L'injection sous-cutanée d'extraits aqueux de capsules prolonge la survie de l'animal et supprime les secousses convulsives qui précèdent souvent la mort.

II. — Le muscle de grenouilles privées de capsules, ou encore de grenouilles tétanisées jusqu'à épuisement, contient des substances solubles dans l'alcool, qui sont toxiques pour les grenouilles privées de capsules surrénales.

III. — Des tracés ergographiques montrent dans le cas de maladie d'Addison une asthénie musculaire extrême. Les injections de capsules surrénales et de corps thyroïde provoquent la diurèse chez les myxœdémateux.

IV. — La greffe est essayée dans la région iléo-coccygienne : huit succès sur trente cas. La destruction totale des deux capsules n'entraîne pas la mort de ces animaux, et en revanche, la destruction ou l'ablation de l'organe greffé les fait périr.

V. — Les lapins, (même albinos) peuvent vivre malgré l'ablation d'une ou des deux capsules surrénales. Le sérum de sang de lapins acapsulés d'un côté ou mieux des deux côtés exerce sur les grenouilles une action toxique curarisante. — La toxicité du sang persiste plusieurs années après l'ablation. Les symptômes de l'ablation sont différents chez le lapin, de ceux de l'empoisonnement par la neurine.

VI. — Les médecins ont décrit la sensation de fatigue (asthénie) des Addisoniens. Albanese a constaté que les animaux acapsulés ne résistent pas à la fatigue. Les auteurs du présent mémoire constatent à leur tour, avec l'ergographe de Mosso, que ces malades se fatiguent plus vite que d'autres ayant des lésions secondaires équivalentes. DASTRE.

Sur les altérations du système nerveux central et périphérique produites par l'inanition aiguë, par A. PERI (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 193, 1892, *et Lo Sperimentale*, *XLVI*, *fasc.* 3, 1892).

Les altérations du système nerveux central, visibles à l'œil nu, sont très légères. De même pour les altérations microscopiques. Celles-ci sont, le plus souvent, atrophiques, et réduites à un minimum. En cas de jeûne prolongé, quelques cellules des cornes antérieures de la moelle montrèrent une dégénérescence hyaline évidente. La diapédèse est un fait assez fréquent. Dans le système nerveux périphérique les altérations sont généralement atrophiques : la myéline est diminuée, mais toutes les parties sont intactes. DASTRE

Studien über die Blutvertheilung im Korper. Die Blutzufuhr zu der Niere (Étude sur la répartition du sang dans le corps. La circulation artérielle du rein), par Ernst LANDERGREN et Robert TIGERSTEDT (*Skandin. Archiv f. Physiologie*, *p.* 241, 1892).

Le débit de l'artère rénale jaugé au moyen d'un compteur chez le chien anesthésié, curarisé et peptonisé présente des variations considérables suivant l'état de la circulation générale et suivant les variations locales du tonus vasculaire du rein. Il passe en moyenne par minute à travers l'artère rénale, une quantité de sang représentant un peu moins de la moitié du poids du rein. Le débit peut doubler (en grande partie par dilatation locale) à la suite d'injections intraveineuses de diurétiques (Na CO^2, Na Cl, Caféine). Dans ce cas, la dilatation des vaisseaux du rein peut amener une baisse de pression dans l'artère rénale quoique la pression reste élevée dans l'aorte. L'asphyxie générale diminue notablement le débit de l'artère rénale, tant par action locale que par action générale sur la circulation. Les nerfs du rein étaient sectionnés dans toutes ces expériences.

Les auteurs calculent que les reins doivent recevoir pendant la diurèse

une quantité de sang beaucoup plus grande (dix fois) que celle qui correspond à leur poids. Chez un adulte pesant 70 kilos (les deux reins $= \frac{1}{200}$ du poids du corps), il passerait à travers les deux reins 336 centimètres cubes de sang par minute, soit pour 24 heures 480 kilogr. de sang. LÉON FREDERICQ.

Inhibition du vomissement, par L. SABBATANI (*Arch. ital. de biol.*, *XVIII*, *p.* 294, *et Bull. di sc. med. Bologna*, *VII*, 3).

Le vomissement est quelquefois arrêté par un acte psychique. L'auteur arrête, chez le chien, le vomissement sur le point de se produire à la suite de l'injection d'apomorphine ; il suffit d'approcher du museau des substances irritantes (ammoniaque) ou d'exciter électriquement la peau. Les mêmes expériences réussissent moins bien chez l'homme. Il s'agit, en tous cas, d'un fait d'inhibition sur un centre nerveux émétique. La section des laryngés inférieurs laisse subsister chez le chien les efforts de vomissement, sans le résultat. DASTRE.

Ueber die Permeabilität der Haut (Sur la perméabilité de la peau), par Margherita TRAUBE-MENGARINI (*Archiv für Physiologie. Suppl.*, *p.* 1, 1892).

L'auteur a examiné au microscope des portions de peau de chien et d'homme qui, pendant la vie, avaient été badigeonnées fréquemment avec des solutions de carmin ou de ferro-cyanure de potassium ou de teinture d'iode.

Le carmin et le ferro-cyanure (précipité bleu par les sels de fer) ne paraît pas pénétrer à une grande profondeur; les couches épidermiques extérieures en sont seules imprégnées; le ferro-cyanure peut aller jusqu'au *stratum granulosum*. La teinture d'iode et l'iodure de potassium pénètrent au contraire à travers la peau, et peuvent être constatés dans les lymphatiques ou dans les capillaires sanguins. Ces substances ne pénètrent peut-être dans la profondeur que grâce à leur affinité chimique pour la substance des cellules épidermiques.

Un fait intéressant c'est que le *stratum granulosum* constitue à l'entrée des substances appliquées à la peau, une barrière bien plus difficile à franchir que les couches cornées extérieures, qu'elles se laissent facilement imbiber. LÉON FREDERICQ.

I. — On the mecanism of the movements of the pupil, par J. N. LANGLEY et H. R. ANDERSON (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 554, *octobre* 1892).

II. — La dilatation de la pupille est-elle un phénomène d'inhibition ou l'effet d'une contraction musculaire, par BROWN-SÉQUARD (*Archives de biologie*, *p.* 199, *janvier* 1893).

I. — Mémoire très étendu sur une question qui n'a pas cessé d'être controversée : le mécanisme de la dilatation de la pupille quand on excite le sympathique. On a invoqué l'action des vaso-moteurs, le relâchement du muscle ciliaire ; mais deux théories surtout restent en présence : la théorie de Budge, Henle, etc., de la contraction musculaire de fibres radiées excités par le sympathique ; la théorie de l'inhibition, d'après

laquelle la dilatation serait due à un relâchement du sphincter irien provoqué par une action inhibitoire sur le tonus de ce muscle (François-Franck, Dastre et Morat, Gaskell). Les auteurs passent en revue les preuves alléguées en faveur de l'existence d'un muscle dilatateur; c'est, à savoir la mort du sphincter avant celle du muscle dilatateur, la constriction ou la dilatation de la pupille suivant la position que l'on donne aux électrodes excitatrices, la dilatation locale de la pupille, la dilatation observée après l'ablation du muscle sphincter. D'autre part, on a allégué contre l'existence des fibres radiées, d'abord les observations des histologistes qui en nient l'existence (Ch. Rouget, Retterer, etc.), puis la manière d'être comparée de la portion ciliaire et de la portion pupillaire de l'iris ; l'élongation du sphincter excisé lorsqu'on l'excite ; la comparaison de la période latente de constriction avec celle de dilatation, les faits d'analogie. Quant aux relations entre les changements de la pupille et les modifications vasculaires de l'iris, elles ont donné lieu à beaucoup de discussions. On doit conclure que l'état des vaisseaux de l'iris ne peut pas être déduit de l'état des vaisseaux de l'oreille et de la conjonctive. Les filets vaso-moteurs de l'iris correspondent comme origine aux filets dilatateurs pupillaires, mais non aux fibres vaso-motrices de l'oreille. Le sympathique n'exerce point d'action inhibitrice sur le muscle ciliaire.

Les auteurs admettent la théorie de la contraction musculaire de fibres radiées. Ils se fondent sur les faits suivants : si l'on excite localement la sclérotique d'un côté ou si l'on excite le sympathique, les longs nerfs ciliaires étant coupés, sauf un, on voit la pupille se déplacer vers le côté de l'excitation, c'est-à-dire qu'il y a une diminution de longueur de diamètre de l'iris du côté excité, comme si des fibres radiées s'étaient contractées. En second lieu, on peut, dans ce fragment d'iris, observer une dilatation locale de la pupille en même temps qu'une contraction locale du spincter : d'où la conclusion que l'inhibition ou relâchement du spincter n'intervient pas dans la dilatation. En troisième lieu, on peut obtenir une contraction d'un secteur de l'iris séparé par deux sections radiales incomplètes. Cette contraction se traduit par un raccourcissement suivant le rayon, lorsqu'on excite la sclérotique. La quatrième raison consiste dans l'absence réelle d'élasticité de l'iris.

Y a-t-il en même temps une inhibition du sphincter ? Des épreuves diverses conduisent les auteurs à nier ce mécanisme.

II.— Brown-Séquard se demande comment ces faits peuvent s'accorder avec la donnée anatomique qu'il n'y a point de fibres musculaires radiées (Ch. Rouget, Debierre, Retterer). DASTRE.

Zur myotischen Wirkung des Trigeminus bei Kaninchen (Sur l'action myotique du trijumeau chez le lapin), par A. GRUENHAGEN (*Centralblatt f. Physiologie, VI, p.* 326, 1892).

Eckhard a montré que l'excitation du trijumeau provoque la contraction de la pupille même lorsque cette dernière est dilatée par une atropinisation complète de l'œil.

Gruenhagen constate que le sphincter de l'iris n'est pas paralysé sur un œil atropinisé au maximum par la voie conjonctivale, car l'iris

excisé et soumis à l'excitation électrique montre une contraction énergique du sphincter. Pour paralyser l'iris excisé, il faut l'humecter directement au moyen d'une solution d'atropine. L'auteur répète l'expérience d'excitation du trijumeau sur un lapin dont l'œil a été atropinisé par la conjonctive, puis sur un lapin dont l'iris a été atropinisé directement par injection d'atropine dans la chambre antérieure. La contraction pupillaire est bien due, dans le premier cas, à une action du trijumeau sur le sphincter de l'iris. LÉON FREDERICQ.

I. — Beitrag zur Lehre von der Athmung der Eier (Contribution à l'étude de la respiration des œufs), par G. HÜFNER (*Archiv f. Physiologie, p.* 467, 1892)

II. — Influence de la lumière sur l'orientation de l'embryon de l'œuf de poule, par Louis BLANC (*Société de biologie*, 15 *octobre* 1892).

III. — Effets tératogéniques de la lumière blanche sur l'œuf de poule, par Louis BLANC (*Ibidem*, 17 *décembre* 1892).

I. — L'auteur a fait des expériences sur la rapidité avec laquelle O, Az, et CO_2 diffusent à travers des fragments de coquille d'œuf de poule ou d'oie. CO_2 traverse la coquille plus rapidement que Az, et Az plus rapidement que O, contrairement à ce que faisait prévoir la règle de Graham en vertu de laquelle la rapidité de la diffusion est en raison inverse de la racine carrée de la densité des gaz.

L'auteur a analysé les gaz de la chambre à air des œufs ; il y trouve 1 à 2 0/0 d'oxygène de moins que dans l'air atmosphérique et 0,87 à 1,53 0/0 de CO_2.

L'auteur calcule les quantités de CO_2 et d'O_2 qui peuvent, en vertu de ces différences, traverser la coquille d'un œuf en 24 heures, et constate que ces quantités (182 litres pour l'oxygène et l'œuf de l'oie) ne représentent qu'une minime fraction des quantités réelles d'O_2 et de CO_2 qui interviennent dans la respiration de l'œuf de poule au vingtième jour de l'incubation (1/3 de litre d'oxygène pour l'œuf de poule). LÉON FRÉDÉRICQ.

II. — L'orientation de l'embryon, quoique déjà fixée virtuellement au moment de la ponte, peut être modifiée. La lumière blanche, appliquée dans certaines conditions, détermine presque sûrement un changement dans la direction de l'axe embryonnaire. Ce changement consiste dans la formation de la ligne primitive suivant une direction anormale. L'orientation nouvelle de l'embryon est telle, que dans la grande majorité des cas, l'extrémité céphalique est dirigée du côté de la source lumineuse. L'amplitude de la déviation est indépendante de la durée de l'éclairage; elle est déterminée au bout d'une heure.

III. — La lumière blanche a une action nuisible sur les fonctions des cellules du blastoderme; elle ralentit, trouble ou empêche leur multiplication. Cet agent a sa plus grande activité pendant que les cellules blastodermiques sont elles-mêmes actives. S'il intervient avant l'incubation, il imprime néanmoins aux cellules de la cicatricule une modification durable qui se manifeste ensuite pendant l'incubation. L'action de la lumière peut produire des monstruosités. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Guide pratique pour l'analyse des urines, par G. MERCIER (*Paris*, 1893).

Ce petit livre rendra service à tous ceux qui s'occupent d'analyses d'urines.

A côté des méthodes usuelles pour le dosage des matériaux normaux et pour la recherche des substances anormales de l'urine, qui y sont exposées avec une grande clarté, nous signalerons particulièrement le chapitre consacré à l'examen microscopique de l'urine et des sédiments urinaires : ce chapitre renferme de nombreuses figures que l'on consultera avec profit. Nous attirerons également l'attention sur la partie de l'ouvrage intitulée « Médicaments et éléments accidentels ». On y trouve des méthodes pratiques pour rechercher dans l'urine la plupart des médicaments dont il peut être utile d'y constater la présence. AD. F.

Influence du chlorure de sodium sur la composition chimique du cerveau, par Ivo NOVI (*Arch. de biol. ital., XV, p.* 203, *et Bulletino d. scienze mediche di Bologna, série VII, vol. I*).

Les injections à 10 0/0 de NaCl dans le bout périphérique de la carotide, déterminent une déshydratation du cerveau et de l'écorce. Avec des injections répétées, la perte peut s'élever à 5 0/0 du poids du cerveau. Dans le tissu nerveux, la somme du potassium et du sodium resterait constante, tandis que le sodium augmente et le potassium diminue. La quantité de Cl augmente dans le même rapport. Répétées à plusieurs reprises, ces injections donnent au sang veineux une couleur rouge clair.

DASTRE.

Ueber die reducirenden Substanzen des Blutes (Sur les substances réductrices du sang), par A. JACOBSON (*Centralbl. f. Physiologie, VI, p.* 368, 1892).

L'auteur trouve dans le sang deux substances réductrices: l'une, soluble dans l'éther et non fermentescible paraît être la jécorine; l'autre insoluble dans l'éther et fermentescible (sucre). On trouvera dans l'original la description du procédé qui sert à doser la première substance.

L. F.

Ueber die Bedingungen d. Oxydationsvorgänge in den Geweben (Sur les conditions des processus d'oxydation dans les tissus), par A. JAQUET (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 386).

Jaquet a employé la méthode de Schmiedeberg pour l'étude du processus d'oxydation dans l'organisme animal; les oxydations ont lieu dans le sang pur et dans le sang putréfié contenant de l'oxygène; elles se produisent aussi dans les organes morts (poumon) en présence du sang ou en son absence; les tissus empoisonnés par la quinine, ou l'acide phénique, qu'on

peut considérer comme morts, agissent de la même façon; de même après la congélation ou le durcissement dans l'alcool, le pouvoir oxydant a toujours persisté. L'extrait aqueux de tissus frais ou durcis par l'alcool possède la même action, tandis que l'ébullition détruit cette action. L'auteur arrive ainsi à cet important résultat, que les oxydations dans l'organisme animal se produisent sous l'influence d'un ferment ou enzyme.

P. TISSIER.

Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine, par CHARRIN (*In*-16. *Paris*, 1893).

Après avoir rappelé en quelques pages l'historique de la question et la technique expérimentale de la recherche de la toxicité des diverses humeurs et des sécrétions de l'organisme, Charrin étudie les phénomènes expérimentaux et chimiques de l'intoxication urinaire, l'origine des poisons de l'urine, et les conditions de sa toxicité.

La qualité et la quantité des poisons de l'organisme qui sont éliminés par les reins sont d'ailleurs des plus variables suivant que les urines sont normales ou pathologiques, et dans chacune de ces conditions suivant des causes variables à l'infini. Charrin expose avec beaucoup de talent et de clarté cette doctrine des poisons multiples de l'urine et les expériences qui ont définitivement établi la multiplicité des origines de l'intoxication urinaire.

Les conditions de variation de la toxicité urinaire sont en effet variables à l'infini : les causes physiologiques (sommeil, exercice, fatigue cérébrale ou musculaire, alimentation, etc...), les causes pathologiques, agissant par les sécrétions cellulaires anormales ou par l'introduction de poisons étrangers (intoxications, infections, etc...) se mêlent pour faire varier la toxicité des urines. Sans compter que les variations de la filtration elle-même dépendant de l'état du rein, de la circulation sanguine, du système nerveux, etc... interviennent dans une large mesure pour modifier non seulement les toxines, mais les conditions mêmes de leur élimination.

Après avoir étudié les origines intrinsèques et extrinsèques des poisons de l'urine, Charrin nous montre comment nos glandes et nos tissus, et l'on peut dire chaque cellule de l'organisme, concourent à nous préserver de l'intoxication sans cesse menaçante en détruisant ces poisons ou en les rejetant au dehors. Il termine par quelques considérations thérapeutiques.

MOSNY.

Méthode clinique simplifiée d'analyse d'urine pour fixer les degrés d'auto-intoxication et l'énergie des processus d'oxydation intra-organiques, par A. POEHL (*Société de biologie, p.* 177, 18 *février* 1893).

La formation des leucomaïnes est un fait normal : leur accumulation dans l'organisme est le fait anormal. Elles sont brûlées et transformées en produits plus simples que le rein élimine. C'est la défense de l'organisme contre l'auto-intoxication.

La diminution des processus d'oxydation chez les anémiques amène une augmentation de la toxicité des urines (Bouchard). L'oxygène de la respiration ne suffit pas : il y a des dédoublements provoqués par une action fermentative (A Gautier). Ce ferment chimique est vraisemblablement la spermine, d'après Pœhl.

Il est très important de connaître les quantités de leucomaïnes présentes dans l'urine. Les méthodes pour l'analyse de l'urée (Liebig, Knoop, Hüfner, Yvon) donnent avec l'urée l'azote d'une partie des leucomaïnes. Le procédé de Pflüger et Bohland, meilleur, consiste à précipiter les leucomaïnes par l'acide phosphotungstique et à mesurer l'urée ensuite par la méthode de Bunsen.

C'est le procédé que recommande Pœhl. On suppose que l'urine ne contient ni albumine, ni peptone. A 100 centimètres cubes d'urine, on ajoute 25 centimètres cubes d'acide chlorhydrique de densité 1.134 et 10 centimètres cubes de la solution d'acide phosphotungstique préparé par la méthode de Scheibler. Il se forme un précipite de leucomaïne. L'urée et les sels d'ammoniaque restent dans la liqueur. Les matières colorantes et l'acide urique sont unies au dépôt.

On note le volume du précipité. On a par exemple 4 centimètres cubes on divise par 8 (chiffre résultant d'observations empiriques) et l'on a le poids de leucomaïnes; soit ici : 0 gr. 5 pour 1000. — D'ailleurs, on peut déterminer l'azote de ces leucomaïnes par la méthode de Kjeldahl.

DASTRE.

I. — Ueber Uroerythrin und Hematoporphyrin im Harn (Sur la présence dans l'urine d'uroérythrine et d'hématoporphyrine), par Luigi ZOJA (*Centralbl. f. med. Wissensch.*, n° 39, 24 *septembre* 1892).

II. — Existence et moyens de déceler l'hématoporphyrine dans l'urine, par A. GARROD (*The Journal of Physiology*, *XIII*, *p.* 598, *octobre* 1892).

I. — L'uroérythrine se caractérise : 1° par son spectre : 2 bandes d'absorption, la première correspondant à 550-525 longueurs d'onde, la seconde à 510-484, d'intensité à peu près égale et réunies par une zone obscure ; 2° par la grande sensibilité de ses solutions à la lumière ; 3° par sa coloration verte en présence des alcalis.

Elle semble exister dans l'urine à l'état de sel, en combinaison avec les urates. L'uroérythrinurie semble dépendre constamment d'une affection du foie.

PAUL TISSIER.

II. — Il existe dans l'urine à l'état normal et à l'état pathologique un pigment qui offre tant de ressemblances avec l'hématoporphyrine que l'on peut l'identifier avec l'un des composés désignés sous ce nom. Le meilleur moyen de déceler ce pigment consiste à précipiter par l'hydrate de potassium ou l'hydrate de sodium (en ajoutant du phosphate de chaux si c'est nécessaire) et en préparant un extrait dans l'alcool acidulé, de ce précipité. On a ainsi un produit plus pur que par quelque autre procédé que ce soit. Malheureusement son efficacité n'est pas certaine. Les solutions acides de l'hématoporphyrine urinaire présentent des spectres identiques avec ceux qu'offre l'hématoporphryrine extraite du sang et, lorsqu'on les a débarrassés de l'urobiline, elles ne montrent plus de bande entre B et F. En solution alcaline, le pigment en question manifeste le spectre à quatre bandes de l'hématoporphyrine : mais la cinquième bande décrite par Mac Munn se présente quelquefois, comme dans les spectres fournis par les produits de réduction de l'hématoporphyrine ou de l'hématine, et dans quelques spécimens d'hématoporphyrine préparée avec l'acide sulfurique. Le spectre en liqueur neutre, ou en liqueur

traitée par le chlorure de zinc et l'ammoniaque, est identique à celui de l'hématoporphyrine du sang traité de la même manière. Les spécimens urinaires, lorsqu'ils sont purs, ont la teinte caractéristique de l'hématoporphyrine en solution acide, alcaline ou neutre. Les différences de composition chimique sont du même ordre que les différences présentées par les différents échantillons de l'hématoporphyrine sanguine. Le pigment existe en faible quantité dans l'urine normale et en quantités qui peuvent être considérables dans beaucoup d'urines pathologiques.

DASTRE.

La tossicità delle urine nei pazzi, par R. BRUGIA (*La Riforma medica,* 23, 24, 26, 27, 28 *et* 29 *septembre* 1892, *p.* 807, 819, 830, 843, 853 *et* 868).

Chez les aliénés avec dépression mentale, la toxicité des urines est plus considérable que chez les sujets sains. Les urines des maniaques, quoique plus denses et plus riches en substances solides et en particulier en urée, sont presque toujours moins toxiques que celles des mélancoliques : l'auteur a pu en injecter jusqu'à 72 centimètres cubes par kilogramme d'animal sans produire ni la mort, ni même de phénomènes graves de dépression.

Dans une même maladie, le mode de toxicité des urines varie suivant que les malades sont déprimés ou excités : l'urine des malades en état de dépression psychique détermine chez les animaux de l'abattement, de la somnolence et du coma, une paralysie flasque des extrémités, de l'arythmie cardiaque et respiratoire, du myosis, un abaissement de température de 3 à 4°; celle des malades en état d'excitation provoque des spasmes localisés ou généralisés, de l'exophtalmie, un abaissement de température de 1° environ, quelquefois de la mydriase. Ces effets s'observent non seulement dans la manie et l'hypocondrie, mais aussi dans les états épisodiques de dépression et d'excitation des épileptiques et des paralytiques généraux, et dans la folie circulaire.

L'extrait alcoolique d'urines provenant des malades en état de dépression a moins d'effets sur les centres bulbo-spinaux que les urines, parce qu'il ne renferme pas les sels de potasse qui sont contenus dans ces urines en proportions supérieures à la normale. Au contraire, l'extrait alcoolique d'urines provenant de sujets en état d'excitation produit les mêmes effets que les urines elles-mêmes, dans lesquelles les chlorures sont en proportions normales.

Quoique l'urée soit douée de propriétés diurétiques, on ne peut pas lui attribuer exclusivement la polyurie qui est déterminée par les urines des malades en état de dépression, car cette polyurie se produit lorsqu'on injecte cette urine après l'avoir dépouillée de son urée au moyen du sublimé agissant sur son extrait alcoolique.

L'eau de lavage des extraits alcooliques renferme des leucomaïnes qu'on peut obtenir à l'état de cristaux, et qui déterminent les mêmes effets toxiques que les extraits alcooliques dont elles proviennent.

GEORGES THIBIERGE.

Ricerche sull' urina dei neonati, par E. MENZI (*Giornale della R. Acad. di medic. di Torino, p.* 775, *août* 1892).

De l'examen des urines de 107 enfants nouveau-nés et de 11 animaux

nouveau-nés, l'auteur conclut que chez les nouveau-nés bien portants âgés de quelques minutes à quelques jours, l'urine a ordinairement une réaction acide au papier de tournesol, qu'elle contient à peu près constamment de l'albumine dans la proportion de 0,1 à 0,3 pour 1000, probablement à cause du développement incomplet des glomérules; cette albuminurie disparaît complètement du 5e au 10e jour; la glycosurie est assez rare, aussi bien immédiatement après la naissance que quelques jours plus tard. GEORGES THIBIERGE.

Ueber eine Methode z. Bestimmung von einfach-säuren Phosphate... (Sur une méthode de doser les phosphates dans l'urine), par E. FREUND (*Centralbl. f. med. Wichensch.*, *n°* 38, 17 *octobre* 1892).

Cette méthode est basée sur ce fait que le chlorure de baryum forme avec les monophosphates un monophosphate de baryum insoluble, tandis qu'avec les bi-phosphates, il ne donne aucun précipité insoluble.

On dose l'acide phosphorique total; puis les monophosphates : par différence on obtient le chiffre des biphosphates. P. TISSIER.

Die Verdauungsfermente beim Embryo und Neugeborenen, par Fried. KRUEGER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 13, *p.* 414, 1er *juillet* 1892).

Krueger a examiné la richesse et l'efficacité des ferments digestifs sur des fœtus et des nouveau-nés de vaches et de brebis, ainsi que chez des chiens et des chats nouveau-nés.

Le ferment de la salive n'apparaît chez le veau qu'à partir du 7e mois, et encore en si faible quantité qu'il n'a aucune importance pour la digestion.

Chez tous les animaux examinés, l'estomac produit de la pepsine mais pas d'acide chlorhydique. Le suc gastrique artificiel préparé avec cette pepsine digère la caséine très rapidement. Krueger pense que le défaut d'acide chlorhydrique chez le nouveau-né est compensé par l'acide lactique provenant du sucre de lait.

Les ferments pancréatiques apparaissent de bonne heure et en abondance; c'est le ferment amylolytique qui est le moins représenté.

La muqueuse intestinale ne produit aucun ferment. J.

La peptonurie chez les paralytiques, par R. FONDA (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 484, 1893.

La peptonurie se rencontrerait chez tous les paralytiques mais pas constamment, c'est-à-dire à tout moment chez chacun. L'absence de peptonurie n'exclut la phrénose paralytique que si elle est constatée par des examens répétés. DASTRE.

Formule urinaire complète de l'attaque d'hystérie, par J. BOSC (*C. rendus de la Soc. de biologie*, 23 *juillet* 1892).

La formule synthétisée est la suivante : oxydations diminuées, incomplètes; hypotoxicité, pour l'urine des 24 heures. Dans l'attaque d'épilepsie, tous les termes sont normaux ou supérieurs à la normale. Quant à l'urine qui suit immédiatement le paroxysme épileptique, sa formule est identique à celle de l'attaque d'hystérie, sauf qu'il y a dimi-

nution considérable des phosphates alcalins et augmentation considérable des phosphates terreux. DASTRE.

Ueber das Vorkommen von Eiweiss im Harne... (De l'albuminurie dans les maladies tuberculeuses), par KAHANE (*Wien. med. Wochenschr.*, *n*os 26 à 32, 1892).

On trouve souvent dans l'urine des phtisiques, de la nucléine, même en l'absence des symptômes de cystite. La quantité en est variable, non seulement d'un cas à l'autre, mais encore chez un même sujet. Il semble que les cas graves de tuberculose donnent lieu à une excrétion plus intense de nucléine ; tels sont ceux qui s'accompagnent d'ulcérations du larynx ou de l'intestin. Ce symptôme pourrait avoir une certaine importance au point de vue du pronostic, les cas rapidement mortels s'accompagnant d'une excrétion de nucléine de plus en plus abondante.

Tandis que le mal de Bright ordinaire ne s'accompagne guère de nucléoalbuminurie, ce symptôme s'ajoute souvent à l'albuminurie dans le mal de Bright des phtisiques. LEFLAIVE.

Eine Reaktin auf Traubenzucker (Une réaction du glucose), par ROSENBACH (*Centralbl. f. klin. Med.*, *n*° 13, *p.* 257, 1892).

Si l'on ajoute à de l'urine contenant du glucose quelques gouttes de soude, puis quelques gouttes d'une solution concentrée de nitro-prussiate de soude, en faisant bouillir l'urine on la voit prendre plus ou moins vite une teinte qui varie du rouge orangé au brun rouge foncé. Cette réaction est déjà nette quand l'urine contient 1 0/00 de sucre.

LEFLAIVE.

On the volumetric determination of uric acid in urine, par F. Gowland HOPKINS (*Guy's hosp. Rep.*, *XLVIII*, *p.* 299).

Le procédé de Hopkins consiste à isoler la totalité de l'acide urique de l'urine sous forme d'urate d'ammonium. Pour cela, on sature complètement l'urine avec du chlorure d'ammonium, qui précipite l'acide urique. On filtre l'urate d'ammonium ainsi obtenu, on le lave et on le dissout à chaud dans de l'eau additionnée de quelques gouttes de carbonate de soude. La solution refroidie est titrée à 100 centimètres cubes, additionnée de 20 centimètres cubes d'acide sulfurique, et on y ajoute goutte à goutte le permanganate de potasse jusqu'à ce que la teinte du mélange soit rose. La proportion du permanganate ajoutée indique celle de l'acide urique, chaque centimètre cube correspondant à 3 milligrammes 1/2 d'acide urique. H. R.

Die Sauerstoffverbindungen des Arsens unter dem Einfluss des Protoplasmas (L'oxydation de l'arsenic sous l'influence du protoplasma), par H. SCHULZ (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 20, *p.* 441, 1892).

En broyant au contact de l'acide arsénieux des fragments de cerveau, de pancréas, de muscle, de muqueuse gastrique, de foie empruntés à des animaux qu'on vient de sacrifier, on obtient de l'acide arsénique. Inversement l'acide arsénique et les arséniates se transforment en acide

arsénieux au contact des mêmes organes. Il y a donc oxydation dans la première série d'expériences et réduction dans la seconde.

L'auteur admet que les mêmes réactions se produisent dans l'organisme vivant lorsqu'on injecte, par exemple, de l'arséniate de soude dans l'anse intestinale, liée aux deux bouts, d'un lapin ou d'un chien vivant (anse intestinale qu'on refoule ensuite dans l'abdomen); on constate au bout de 30 minutes que l'acide arsénique s'est transformé en acide arsénieux. Résultat inverse avec les arsénites. L. GALLIARD.

Ueber Kohlensäure im Ventrikel (Sur la présence de CO^2 dans l'estomac), par N. P. SCHIERBECK (*Skandin. Archiv f. Physiologie*, *III*, *p.* 437, 1892).

L'estomac du chien contient toujours une certaine quantité d'acide carbonique qui paraît fourni par la muqueuse stomacale. La tension de CO^2 tend à s'y maintenir à environ 30 à 40 millimètres de mercure lorsque l'organe est vide; pendant la digestion, la tension monte de 130 à 140 millimètres de mercure. Plauer et Strassburg ont constaté le même phénomène pour l'intestin. Ces faits sont à rapprocher de l'influence favorable que CO^2 exerce sur l'action des ferments en solution alcaline. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Vorkommen von Ammoniak in Mageninhalt (De la présence d'ammoniaque dans l'estomac), par ROSENHEIM (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 39, *p.* 817, 1892).

Le suc gastrique contient normalement de l'ammoniaque en quantité non négligeable, sous forme de chlorhydrate et pendant toutes les phases de la digestion. Ce corps ne provient pas des aliments; il est formé soit par les glandes à pepsine, soit par la digestion des albuminoïdes. Le suc gastrique normal contient généralement de 0,10 à 0,15 p. 0/00 d'ammoniaque. Les chiffres donnés dans les analyses comme indiquant la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique, et obtenus en soustrayant du chlore total le chlore combiné aux bases inorganiques, sont erronés; ils accusent en général une quantité d'acide chlorhydrique supérieure de 10 pour cent au moins au chiffre réel. LEFLAIVE.

Procédé rapide d'analyse du lait, par H. D. RICHMOND (*The Analyst* 1892 *et Hyg. Rundsch.*, *II*, n° 15, *p.* 679, 1er *août* 1892).

Ce procédé d'analyse, sans prétendre à une exactitude rigoureuse, a l'avantage d'être d'une exécution rapide quand il s'agit de contrôler la qualité d'un lait. Il repose sur l'observation qu'en traversant du papier à filtrer, le lait se sépare en une solution aqueuse d'éléments solides non gras avec seulement 0,1 ou 0,2 0/0 de matières grasses, et en graisse dans laquelle il ne reste que très peu de caséine.

En prenant la densité du lait avant et après filtration, ce dernier chiffre diminué de 1 et divisé par 0,004 donne d'une façon très approximative la proportion des éléments solides fixes non graisseux, tandis que la différence entre les deux poids spécifiques, divisée par 0,0008 fournit la teneur en graisse. J. B.

Verhalten von Milch und Casein zur Salzsäure (Rapports du lait de la caséine avec l'acide chlorhydrique), par W. MULLER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXIX, p.* 439).

Le lait fixe en fermentant de l'acide chlorhydrique. C'est le lait de vache qui en fixe le plus. Le lait de vaches en lactation déjà ancienne en fixe plus que le lait de vaches en lactation nouvelle. Le lait d'ânesse et le lait de chèvre en fixent moins que le lait de vache. Avec le lait de femme la quantité fixée est deux ou trois fois moins forte.

La fixation d'acide chlorhydrique dépend directement de la quantité de sels et d'albumine. Les sels fixent environ 42 0/0, l'albumine 58 0/0 de l'HCl fixé.

La caséine pure fixe également l'HCl et le maintient fixe même à une haute température. A la température ordinaire des chambres la caséine fixe 2 0/0 d'HCl. A. F. PLICQUE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par P. COŸNE (*Première partie, Paris*, 1893).

L'ouvrage de P. Coÿne est avant tout un manuel : il laisse de côté les longues dissertations, pour ne s'attacher qu'aux faits bien établis. Par sa nature même il échappe donc à l'analyse. Il est divisé en deux parties : l'une d'anatomie pathologique générale, l'autre d'anatomie pathologique spéciale. La première débute par une étude de physiologie générale sur la cellule, où l'auteur schématise les théories actuelles; elle se continue par l'étude des dégénérescences, des inflammations, des tumeurs et des lésions parasitaires. Signalons en passant le chapitre de généralités sur les tumeurs. La seconde partie, qui n'a pas encore achevé de paraître, comprend les chapitres suivants : anatomie pathologique de la peau, du système séreux et lymphatique et de l'appareil locomoteur. Sans négliger ce qu'il a pu trouver de bon à l'étranger, l'auteur a rassemblé et résumé les dernières recherches françaises, qui étaient encore disséminées. C. LUZET.

Précis de tératologie. Anomalies et monstruosités chez l'homme et les animaux, par L. GUINARD (*Paris*, 1893).

Il n'existait pas d'ouvrage élémentaire traitant des anomalies et des monstruosités. Plusieurs séries de cours professés sur ce sujet à l'École vétérinaire de Lyon ont préparé et décidé Guinard à combler cette lacune et à présenter un tableau d'ensemble de la tératologie.

Dans les *généralités*, Guinard, après avoir défini le *monstre*, expose les notions que nous possédons sur la cause des anomalies, les tenta-

tives qu'on a faites sur la production artificielle des monstres et les conditions générales de formation des monstruosités. Il relate les explications probables qu'on a émises sur le mode de développement des principales anomalies; il nous fait connaître les lois de variations et de l'évolution anormale. Ensuite, il tâche de déterminer la limite et la fréquence des monstruosités. Il consacre un chapitre intéressant aux rapports de la tératologie avec les sciences biologiques et médicales.

Enfin, il fait l'histoire des classifications, des anomalies et des monstruosités.

Dans la première partie, il traite des anomalies simples portant sur l'ensemble des appareils et des organes (squelette, appareils de la locomotion, de l'innervation, de la digestion, etc.)

Dans la deuxième partie, il présente un tableau suffisamment détaillé des anomalies complexes (hermaphrodisme, inversion splanchnique).

Dans la troisième partie, il étudie les monstruosités et il passe en revue chacune des classes de monstres établies par I. Geoffroy Saint-Hilaire.

De nombreuses figures et des notions malheureusement trop concises sur les premiers développements des organes facilitent singulièrement la lecture de ce précis, qui est appelé à rendre de grands services au public médical. ÉD. RETTERER.

Ueber die Beeinflussung der Blut... (**De l'influence qu'exercent sur le poids spécifique du sang les troubles de la peau et la médication externe**), par **H. SCHLESINGER** (*Archiv f. pathol. Anat. CXXX*, 1).

1° Dans le pemphigus, le poids spécifique du sang est toujours aussi élevé que chez l'homme sain ; le plus souvent, il est plus élevé.

2° Dans les brûlures mortelles, le sang est épaissi notablement ; cet épaississement du sang dure pendant les douze ou vingt-quatre heures consécutives à la brûlure. Le second jour, cet état disparaît chez les malades qui survivent quelques jours à la brûlure. Schlesinger ne pense pas que cet état du sang soit la cause de la mort.

3° Dans l'eczéma étendu et aigu, on observe un épaississemeut passager du sang. Plus tard le poids spécifique du sang est normal, malgré l'anémie plus ou moins prononcée. Schlesinger a examiné en outre le sang d'individus atteints de lichen ruber, de prurigo, etc., et il a trouvé son poids spécifique normal.

Quant à l'action des médicaments sur le sang, l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

L'injection de fortes doses de sublimé corrosif produit l'élévation du poids spécifique du sang dans les premières vingt-quatre, quarante huit ou soixante-douze heures; cet état dure quelques heures ou plusieurs jours ; il est suivi de la diminution du poids spécifique du sang qui redevient normal plus tard. Le fait intéressant consiste dans l'augmentation des globules rouges pendant l'élévation du poids spécifique et dans leur diminution quand ce dernier s'abaisse.

Le naphthol, la chrysarobine et le goudron agissent sur le sang dans le même sens que le sublimé corrosif.

L'onguent simple, la vaseline et la vaseline lanoline n'exercent aucune influence sur le poids spécifique du sang. ED. RETTERER.

Ueber den Aufbau der menschlichen Thromben... (Sur la constitution des thrombus chez l'homme et sur l'existence de plaquettes dans les organes sangui-formateurs), par L. ASCHOFF (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 1).

Aschoff a étudié d'abord des formations en forme de plaquettes dans la rate de divers mammifères, ainsi que dans celle de deux suppliciés. Par divers procédés, il a pu constater l'existence de corpuscules, propres à la pulpe splénique et ressemblant à des plaquettes. Mais il n'a pu décider si ce sont des portions de corps cellulaire, des noyaux entourés d'une mince zone de protoplasma ou bien des particules séparées des leucocytes lorsque ceux-ci passent du réseau capillaire dans les veines. Il est également douteux que ces plaquettes soient identiques aux plaquettes sanguines (hématoblastes de Hayem). Aschoff affirme leur existence constante malgré les divers procédés qu'il a mis en usage dans l'étude du tissu splénique.

En second lieu, il a examiné la structure des thrombus et il est arrivé aux résultats suivants :

La substance fondamentale du thrombus, qui se forme spontanément, est composée d'une substance blanche, qui a une structure spongieuse. En effet, elle est constituée par un système de trabécules arrondies ou aplaties. Chaque trabécule est formée d'un axe central de plaquettes de sang et d'une couche périphérique de leucocytes. Les mailles que délimitent les trabécules sont remplies de sang devenu fibrineux. La fibrine est de formation secondaire, ce que démontre son mode de développement ; en effet, le réseau fibrineux prend naissance le long et à partir des trabécules de substance blanche.

Les premières trabécules se déposent probablement le long des plis que présentent les parois des vaisseaux. Peu à peu, la masse rouge du sang remplit les intervalles des trabécules ; son cours se ralentit et le sang stagne pendant la vie même de l'individu.

En un mot, deux conditions essentielles favorisent la thrombose : l'altération ou l'affaiblissement de vitalité des éléments du sang, d'une part, et de l'autre, les modifications de la paroi vasculaire, le rétrécissement des vaisseaux et le ralentissement consécutif du courant sanguin dans certains départements vasculaires. ÉD. RETTERER.

Beitrag zur Lehre von den Veränderungen... (Contribution à l'étude des modifications que subit le sang extravasé et à la détermination de l'âge dans les hémorragies cérébrales), par H. DÜRCK (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 1).

Dürck a étudié dix-sept cas d'hémorragies cérébrales, afin de connaître les métamorphoses que subit le sang extravasé. Voici les résultats principaux de ses recherches :

Les globules rouges perdent leur matière colorante et gonflent. Ils pâlissent peu à peu, deviennent transparents et ne fixent plus les couleurs d'aniline. Le stroma restant est complètement hyalin. A mesure qu'ils deviennent incolores, ils changent de forme : d'abord biconcaves, ils prennent une forme biconvexe, puis sphérique. Enfin, ils se ratatinent et peuvent persister longtemps dans cet état.

Une petite proportion de globules rouges est englobée par les cellules

contractiles, représentées par les leucocytes et les cellules du tissu conjonctif.

L'hémoglobine, qui abandonne les globules rouges, imprègne d'abord d'une façon diffuse le tissu environnant. Peu à peu, elle subit une altération chimique qui aboutit à la perte du fer. Celui-ci fait partie d'un pigment diffus, appelé *Hémosidérine* par Neumann et caractérisé par ce fait qu'il réagit sur le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique. L'hémosidérine, qui est incorporée dans les cellules contractiles, devient granuleuse par l'activité du protoplasma vivant.

Plus tard, l'hémosidérine perd son fer et elle se change en une matière colorante identique à celle de la bile (hématoïdine).

Pendant que ce processus s'accomplit, on voit apparaître des cristaux d'hématoïdine, sans qu'il soit possible de déterminer leur mode de formation.

Afin de connaître l'âge relatif de ces modifications, Dürck a expérimenté sur les animaux chez lesquels il a provoqué mécaniquement des hémorragies cérébrales. Il est arrivé, à cet égard, aux conclusions suivantes : le deuxième jour, les globules rouges gonflent et commencent à se décolorer. Le troisième jour, on voit les cellules contractiles contenir de l'hémoglobine. Le cinquième jour, les globules rouges présentent des traces de ratatinement. Le sixième jour, l'hémosidérine se substitue à l'hémoglobine. Du septième au huitième jour, le ratatinement des globules rouges se prononce davantage. Du dixième au douzième jour, l'hémosidérine, qui était diffuse, devient granuleuse dans les cellules contractiles. Le dix-huitième jour, on aperçoit du pigment libre. Le vingt-cinquième jour, les granules de pigment se réduisent en corpuscules de plus en plus fins, en même temps qu'ils perdent le fer. A partir du quarante-cinquième jour, on trouve de l'hématoïdine répandue en toute liberté dans les tissus, et vers le soixantième jour, il n'existe plus que du pigment libre sous la forme d'amas amorphes ou de cristaux.

ÉD. RETTERER.

Ueber hyaline Ballen u. Thromben... (Sur les globes hyalins et les thrombus dans les vaisseaux cérébraux à la suite de maladies infectieuses aiguës), par par P. MANASSE (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 2).

En examinant le cerveau d'un grand nombre de sujets morts de maladies infectieuses aiguës, Manasse trouva dans les vaisseaux cérébraux, surtout dans les capillaires, des globes brillants situés au centre et près des parois vasculaires. Ils formaient des amas ou obstruaient, en forme de thrombus, la lumière du vaisseau.

Ces globes hyalins et ces thrombus sont constants dans les maladies infectieuses aiguës. Ils se forment pendant la vie et paraissent être produits par une substance qui s'élimine des globules blancs. ÉD. RETTERER.

Ueber Degenerations-und Regenerationsvorgänge... (Processus de dégénérescence et de régénération dans la moelle épinière du chien à la suite de sa section complète), par KERESZTSZEGHY et HANNS (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat*, *XII*, 1, *p.* 33, 1892).

Après ouverture du canal rachidien sur les chiens, la moelle est coupée

aux ciseaux avec ses enveloppes et l'animal mis à mort de trente heures à dix-huit jours après l'opération. L'examen a porté sur les extrémités sectionnées. Les cellules ganglionnaires se gonflent tout d'abord puis reviennent sur elles-mêmes, elles ne présentent jamais trace de processus actif, mais dans la lacune qui les entoure on peut noter une petite masse granuleuse. L'épithélium de l'épendyme n'a non plus jamais montré d'altération proliférante. Par contre, on en voit dans les cellules de la névroglie et dans les endothéliums vasculaires, sous forme de mitoses. Les fibres nerveuses ne présentent que des altérations dégénératives.

Jusqu'au 9ᵉ jour on ne voit dans la coupe que des fibres nerveuses dégénérées. Ce n'est qu'à partir du 9ᵉ jour que l'on voit subitement un grand nombre de fibres conservées entre celles qui sont dégénérées; mais le processus de cette régénération n'a pu être élucidé par les auteurs. Dans les deux derniers cas, il existait entre les deux bouts de la moelle un tissu cicatriciel de nature entièrement conjonctive.

C. LUZET.

Ueber die Regeneration des quergestreften Muskelgewebes... (**Régénération du tissu musculaire strié chez l'homme et les mammifères**), **par R. VOLKMANN** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 2, *p.* 233, 1892).

La régénération du muscle strié se fait toujours par le noyau de l'ancienne fibre. La néoformation peut être continue ou discontinue, c'est-à-dire avec ou sans connexion avec l'ancienne fibre musculaire; dans ce dernier cas, la régénération ressemble, en général, au type embryonnaire. Dans le premier cas, elle représente le type désigné par Volkmann sous le nom de bourgeonnement. Dans les deux cas, c'est le noyau et jamais la substance musculaire elle-même qui présente le phénomène du début de la régénération. Il n'y a donc pas de différence essentielle entre les deux modes de néoformation, ce ne sont que deux modalités d'un même type. Les deux peuvent d'ailleurs se présenter côte à côte, et il existe des formes de passage.

Dans tous les éléments néoformés, qu'ils soient ou non en rapport avec les anciennes fibres, le protoplasma est tout d'abord finement strié en long, la striation transversale n'apparaît que beaucoup plus tardivement.

La régénération dans le typhus se fait par le type embryonnaire. Les noyaux environnés de protoplasma se développent à l'intérieur du sarcolemme en cellules qui ont une double fonction, faire disparaître les restes de l'ancienne fibre et en former une nouvelle. Tantôt la transformation se fait comme chez l'embryon par l'accroissement en longueur d'une seule cellule uninucléée; tantôt plusieurs cellules se développent de la sorte; tantôt enfin plusieurs cellules se soudent bout à bout. Faute d'aliments, une partie de ces cellules dégénère. La prolifération nucléaire, qui indique le début des altérations de la fibre musculaire, se fait par fragmentation; la multiplication des cellules musculaires, par mitose; dans les jeunes fibres musculaires on ne voit plus que des fragmentations. La régénération dans les foyers de myosite typhique se fait aussi bien au centre qu'à la périphérie; jamais les fibres ne se multiplient par bourgeonnement ni par division en long. Elle est si complète qu'elle

amène toujours la *restitutio ad integrum;* il ne se fait de cicatrices que là où il y a eu de grosses ruptures ou des hémorragies.

Le type embryonnaire de régénération se rencontre dans les lésions qui atteignent surtout la substance contractile (typhoïde, congélation); mais dans les lésions qui entraînent une grande solution de continuité de la fibre musculaire et du sarcolemme, la régénération se fait par bourgeonnement. Celui ci se fait presque exclusivement par les extrémités des anciennes fibres : il est terminal. Le bourgeonnement latéral est extrêmement rare. Le bourgeonnement terminal débute par la multiplication des noyaux de l'extrémité de l'ancienne fibre musculaire. Autour des amas de noyaux, le protoplasma s'accumule en grande quantité. Les noyaux continuent à se multiplier (fragmentation) et le protoplasma à croître, sans se diviser en cellules. Il se forme ainsi un prolongement de l'ancienne fibre musculaire, qui s'accroît rapidement en longueur, soit en continuant la direction de l'ancienne fibre, soit avec une légère déviation. D'abord homogène, le protoplasma se divise en fibrilles et finit par se continuer sans limite précise avec l'ancienne fibre. D'un seul moignon de fibres musculaires peuvent naître plusieurs bourgeons musculaires. Le bourgeonnement commence le sixième jour de la lésion et dure jusqu'à six à huit semaines; souvent cependant la réparation est moins longue.

Quant au résultat de la réparation fonctionnelle, il est absolument physiologique dans la fièvre typhoïde et après les congélations. Dans les autres cas, il n'y a que les toutes petites blessures qui guérissent avec une cicatrice purement musculaire; les grandes forment une cicatrice fibreuse, qui est muscularisée à partir de la périphérie et des deux côtés; cette zone de réparation vraie ne dépasse pas 1-2 millimètres.

Jamais les muscles transplantés ne demeurent vivants; ils meurent toujours immédiatement et sont résorbés. A leur place se fait une cicatrice, qui, comme dans les autres cas, subit une muscularisation partielle.

Dans la trichinose, R. Volkmann dit n'avoir jamais vu de régénération des fibres musculaires. C. LUZET.

Experimentelle Beiträge... (De la myomalacie du cœur), par Rudolf KOLSTER (*Skandin. Archiv für Physiologie, IV, p.* 1, 1892).

L'auteur pratique chez le chien, à travers une fenêtre de la paroi thoracique, la ligature d'une petite branche du rameau descendant de l'artère coronaire gauche du cœur. La plaie est refermée et l'animal sacrifié au bout d'un certain temps. L'auteur décrit en détail les changements histologiques qui se produisent dans la portion du myocarde privée de circulation, ainsi que dans les parties voisines et qui conduisent à la formation de foyers myomalaciques. LÉON FREDERICQ.

Ueber primæren Endothelkrebs (Lymphangitis prolifera) der Pleura, par A. FRAENKEL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 21, *p.* 497, *et n°* 22, *p.* 534, 23 *et* 30 *mai* 1892).

Homme de 44 ans, épanchement de la cavité pleurale gauche, ponction aspiratrice, issue de 400 centimètres cubes de liquide hémorragique, non transparent. Sueurs profuses même diurnes ; expectoration muqueuse sans

bacilles tuberculeux. Le 22 novembre, ganglion assez mou, gros comme une noisette, immédiatement au-dessus et en arrière de la clavicule gauche. Deuxième thoracentèse fournissant 1,200 centimètres cubes d'un liquide ayant presque l'aspect du sang veineux et renfermant de nombreuses hématies, une grande quantité de grosses cellules épithélioïdes, polymorphes. Le 26 novembre, troisième ponction qui donna issue à 1,200 centimètres cubes du même liquide. Dès la nuit suivante, collapsus et mort six semaines après la constatation de la pleurésie,

Autopsie. Le péricarde contient 1/2 litre, la plèvre gauche 2 litres de liquide hémorragique. Cœur assez volumineux et flasque. Plèvre costale gauche, soudée intimement à la paroi thoracique, considérablement épaissie et transformée en une membrane rigide. Pas trace nulle part de tubercules ni de tumeurs quelconques. La face interne des feuillets pleuraux calleux présente, par places, une apparence trabéculaire ; sur les coupes, ce tissu est résistant et blanc. La moindre pression y donne issue à des gouttes d'un liquide laiteux. Poumon gauche ratatiné et atélectasié. Ganglion sus-claviculaire gauche d'apparence cancéreuse. Examen microscopique de la plèvre malade et du ganglion. Sur les coupes transversales de la plèvre costale, on distingue une prolifération conjonctive pauvre en cellules et uniforme, à l'intérieur de laquelle les espaces lymphatiques, sans avoir perdu leur caractère de fentes allongées, sont, en majeure partie, considérablement dilatés et remplis plus ou moins de cellules épithélioïdes, généralement cubiques, renfermant des noyaux vésiculeux. La plupart de ces cellules obstruent complètement les espaces lymphatiques, mais d'autres sont appliquées en couches plus ou moins nombreuses sur les parois de l'espace, laissant encore entre elles un peu de calibre libre. Beaucoup d'espaces n'ont que des points limités de leurs parois ainsi doublés par des cellules épithélioïdes, tandis que le reste de leurs parois est revêtu de cellules endothéliales plates. Entre les cellules d'épithélium plat et les cellules épithélioïdes cubiques, on observe tous les intermédiaires. Les altérations sont le plus marquées dans les couches moyennes de la plèvre. Malgré leur aspect, aucune des cellules cubiques n'offre les processus de dégénérescence si communs dans le cancer. Sur un petit nombre de points, au lieu d'une accumulation de cellules, on trouve dans les fentes lymphatiques une masse finement granuleuse avec de rares leucocytes. Par endroits, le tissu conjonctif intermédiaire aux fentes est riche aussi en grosses cellules fusiformes, et présente, surtout au voisinage de la surface pleurale, des foyers d'infiltration de petites cellules. La plèvre même offre une dégénération fibrinoïde de ses couches les plus superficielles ; son revêtement endothélial manque en plus grande partie, tandis qu'en d'autres endroits, l'endothélium montre une prolifération avec plusieurs couches de cellules épithélioïdes, cubiques ou polymorphes, identiques à celles des vaisseaux lymphatiques.

Les espaces et vaisseaux lymphatiques des plèvres diaphragmatique et médiastinale sont tellement dilatés et gorgés de cellules épithélioïdes qu'ils ressemblent aux alvéoles du cancer, à s'y méprendre. Intégrité parfaite des vaisseaux sanguins de la plèvre.

Sur les coupes du ganglion sus-claviculaire, on n'aperçoit plus trace du parenchyme glandulaire normal; par ci par là, seulement, se trouvent encore quelques petits foyers du tissu finement réticulé et des lymphocytes caractéristiques. Ce qui domine partout, c'est un stroma pauvre en cellules, à travées plus ou moins épaisses, parcouru de cavités sinueuses, de dimensions diverses, qui sont, en grande partie, pleines des mêmes cellules épithélioïdes signalées dans les espaces lymphatiques pleuraux. Beaucoup de ces cavités sont reconnaissables, à leur situation et à leur forme, pour des sinus mphatiques dilatés. (Voir Neelsen, *R. S. M.*, XXI, 456.) J. B.

Untersuchungen über die « Corpora amylacea sive amyloïdea », par F. SIEGERT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 3).

1° *Les corpuscules amyloïdes du poumon* possèdent une réfringence considérable; ils sont situés soit dans l'intérieur des alvéoles, soit contre la paroi alvéolaire. Ils ont le plus souvent une forme arrondie, ovalaire et anguleuse. Souvent leur centre est occupé par un noyau cellulaire ou une particule de charbon. Les conditions qui semblent favoriser leur production dans le poumon sont les suivantes : lorsque le sang, le mucus, les liquides albumineux, etc., s'accumulent dans les alvéoles, à la suite de l'empyème, de déformation thoracique, de pneumonie, ces substances y séjournent quelque temps, dégénèrent et y forment des dépôts amyloïdes.

2° *Les concrétions de la prostate* ont des dimensions très variables. En suivant ces formations, et en les comparant aux cellules épithéliales de la prostate, on constate que ces dernières sont le siège d'une dégénérescence qui met en liberté certaines substances cellulaires. Celles-ci stagnent dans les culs-de-sac glandulaires et donnent naissance aux concrétions, qui montrent la réaction caractéristique sous l'influence de l'iode.

3° *Les corpuscules amyloïdes du système nerveux central* sont surtout abondants au voisinage de l'épendyme des ventricules latéraux et partout où la névroglie l'emporte comme masse sur le tissu nerveux. Ils semblent se former aux dépens de la myéline, quand celle-ci subit la dégénérescence.

4° *Les corpuscules amyloïdes de la muqueuse des voies génito-urinaire* se rencontrent surtout dans les maladies, telles que l'anémie, la tuberculose, l'atrophie musculaire, etc.

Les corpuscules amyloïdes de la prostate paraissent ainsi liés à la dégénération des cellules épithéliales de la glande, tandis que ceux des autres organes semblent provenir de la combinaison des produits cellulaires avec les humeurs des tissus. ÉD. RETTERER.

Ueber die Anaplasie der Geschwulstzellen... (Sur l'anaplasie des cellules des tumeurs et sur la mitose asymétrique), par D. HANSEMANN (*Archiv. f. pathol. u. Anat.*, *CXXIX*, 3).

Les cellules des carcinomes sont moins différenciées que celles du tissu qui leur ont donné naissance; elles ont des propriétés vitales plus grandes que ces dernières; elles sont *anaplastiques*, selon Hansemann. Dans le carcinome, par exemple, les divisions mitosiques des cellules s'éloignent d'autant plus du mode selon lequel se fait la karyokinèse du tissu maternel, que la tumeur présente un plus haut degré d'anaplasie. Tandis qu'il est difficile chez l'homme de compter les chromosomes dans les tissus normaux, on voit dans les carcinomes des cellules dont les chromosomes sont aisés à compter, tant ils sont peu abondants.

Jusqu'à ce jour, Hansemann n'a rencontré les mitoses asymétriques que dans les carcinomes, bien qu'elles puissent exister dans les tissus embryonnaires. Quoi qu'il en soit, la présence d'une division asymétrique dans une parcelle de tumeur doit être prise en sérieuse considération,

lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic de sa nature bénigne ou maligne.

ÉD. RETTERER.

Beiträge zur Kenntniss der Rhabdomyome, par RIBBERT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 2).

Ribbert a pratiqué l'examen histologique de 9 rhabdomyomes, provenant la plupart du rein et du testicule; l'un venait de la région temporale et un autre du voisinage du maxillaire inférieur.

Ces tumeurs présentaient des fibres musculaires striées et d'autres éléments histologiques. Les fibres striées étaient pleines ou en tube; ces dernières n'étaient pas creuses; elles renfermaient un protoplasma homogène ou granuleux. Les noyaux de ces fibres musculaires, plus ou moins nombreux, se trouvaient situés dans la partie centrale. La striation longitudinale et transversale est plus ou moins accusée. A côté de ces fibres striées, toujours dépourvues de sarcolemme, se trouvent des cellules fusiformes et arrondies. Mais, outre les fibres musculaires, les rhabdomyomes renferment du tissu conjonctif, des masses épithéliales rappelant le type glandulaire, du tissu musculaire lisse, des nodules de cartilage hyalin, du tissu adipeux.

En considérant ces faits et en tenant compte de l'origine congénitale de la plupart des tumeurs, Ribbert conclut que les rhabdomyomes résultent de troubles survenant pendant le développement fœtal. ÉD. RETTERER.

Untersuchungen über glykogenreiche Endothoeliomen, par DRIESSEN (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 65, 1892).

Il est fréquent que, dans les cellules des endothéliomes, il se fasse un dépôt de glycogène. Celui-ci peut donner aux cellules un aspect épithélioïde, mais seulement quand il y est accumulé en abondance. Les cellules prennent alors un contour net, leur contenu se présente comme une masse claire, fortement réfringente. Le glycogène siège principalement dans les cellules des tumeurs et doit vraisemblablement être regardé comme un produit de la destruction des albumines par l'activité cellulaire. La forme en demi-lune caractéristique des grains de glycogène prend naissance sous l'influence de l'alcool; toujours les demi-lunes occupent la périphérie de la cellule, jamais son centre. A la mort de la cellule, le glycogène disparaît, jamais on n'en trouve dans les parties nécrosées de la cellule. Le glycogène des tumeurs paraît à Driessen, complètement identique à celui du foie.

Beaucoup des tumeurs désignées sous le nom d'angio-sarcomes ne sont pas dues à l'endothélium des vaisseaux sanguins, mais à celui des fentes lymphatiques, en sorte que le nom d'endothéliomes est celui qui leur convient le mieux. On rencontre aussi dans le rein, des tumeurs de cette nature, elles doivent être rapportées au développement de germes erratiques du tissu des capsules surrénales (Horn). Les espaces creux remplis de sang que l'on rencontre souvent dans ces tumeurs et dont la paroi est revêtue d'une couche de cellules, sont des restes d'anciens cylindres cellulaires. Par suite de la liquéfaction des cellules centrales, le sang extravasé dans le tissu peut les entraîner, il se forme quelquefois ainsi de nouveaux vaisseaux sanguins. Comme les endothéliomes

sont des tumeurs de nature conjonctive, il ne faut pas en faire des cancers. C. LUZET.

Ueber die compensatorische Hypertrophie der Schilddrüse (Corps thyroïde), par BERESOWSKY (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 122, 1892).

Il peut se faire dans les corps thyroïdes, même notablement dégénérés, des régénérations locales; elles sont peu accentuées. Par contre, l'hypertrophie compensatrice est très rapide après l'extirpation de l'organe, et elle peut atteindre des proportions considérables. Elle se fait par division mitosique et prolifération de l'épithélium glandulaire. Sous ce rapport, il faut placer la glande thyroïde d'après son importance biologique pour l'individu, sur le même rang que les glandes les plus importantes de l'organisme, foie et reins, qui sont toutes deux susceptibles d'une hypertrophie compensatrice énergique et rapide. Il existe cependant une différence avec le foie et le rein, c'est que le corps thyroïde atteint rapidement les limites extrêmes de l'hypertrophie compensatrice dont il est capable et ne peut, comme eux, reproduire la totalité de la substance qu'on leur a enlevée. Il est vraisemblable que le processus s'arrête plus tôt dans le corps thyroïde, parce qu'il suffit d'une partie relativement moindre de sa substance, pour exercer la fonction glandulaire encore inconnue dont elle est le siège. C. LUZET.

Ueber die Veraenderungen des sympathischen und cerebrospinalen Nervensystems bei der Addison'sche Krankheit, par FLEINER (*Centralbl. f. klin. Med.* 1891, *n°* 28, *Beilage, p.* 79, *et Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 22, *p.* 550, 1er *juin* 1891).

Etude anatomopathologique complète de deux cas de maladie d'Addison, dont l'un n'avait duré que quelques mois. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tuberculose des deux capsules surrénales avec hypertrophie considérable des ganglions semi-lunaires et atrophie, reconnaissable à l'œil nu, des cordons du sympathique abdominal, dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Dans le second, il existait des métastases d'angiosarcome dans la capsule surrénale gauche, dans les ganglions semi-lunaires atrophiés et sur le trajet du sympathique, spécialement dans le ganglion cervical supérieur; la capsule surrénale droite était normale.

L'examen microscopique révéla en outre, dans les deux cas, une inflammation dégénérative des fibres nerveuses à myéline des splanchniques et des cordons sympathiques, s'étendant jusqu'aux ganglions spinaux. Bien que les racines postérieures, allant des ganglions spinaux à la moelle, fussent aussi notablement dégénérées, la moelle elle-même n'offrait pas d'altérations manifestes.

Les nerfs sensitifs de la peau et les pneumogastriques présentaient aussi une dégénération intenese. Le cœur offrait de l'atrophie brun. J. B.

Ueber das multiloculäre Adenokystome der Niere (Adéno-cystome multiloculaire du rein), par NAUWERCK et HUFSCHMIDT (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 1, 1892).

Les lésions du gros rein polykystique frappent tous les éléments de la structure du rein : hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel, hypertrophie de la membrane propre des tubuli, qui fait à l'intérieur des saillies annulaires; épaississement de la capsule des glomérules, dilatation des

vaisseaux. La totalité des tubes contournés n'est pas, tant s'en faut, disparue ; mais c'est au niveau de ces canaux qu'on peut noter les indices d'un processus actif, qui doit faire considérer la lésion comme un véritable néoplasme. La prolifération de son épithélium peut se faire soit vers l'extérieur sous forme de bourgeons pénétrant dans le tissu conjonctif du rein, soit à l'intérieur amenant une oblitération du canalicule et le transformant en une travée cellulaire. Dans les canaux la disposition de l'épithélium proliféré est variable : tantôt la lumière est remplie de travées cellulaires rappelant celles de l'adénome du foie, tantôt on voit un bourgeon papilliforme plus ou moins développé ; enfin la membrane propre peut disparaître et on ne voit qu'un nid de cellules.

La plupart des kystes ont, au début, un aspect papillaire notable et paraissent développés aux dépens d'une dilatation des canalicules où la membrane s'est plissée en même temps que l'épithélium se multipliait, donnant ainsi naissance à des papilles. On retrouve même des papilles dans de grands kystes ; en sorte que si la rétention joue un rôle dans leur genèse, il est certainement subordonné à celui de la prolifération.

La prolifération de l'épithélium précède celle du tissu conjonctif, sauf dans les points où les lésions ont un caractère papillomateux évident, et où les deux tissus ont proliféré simultanément. Les auteurs proposent donc le nom d'adénokystome multiloculaire, pour exprimer le caractère néoplasique de la tumeur. C. LUZET.

Zur pathologischen Histologie des Milz bei Recurrens (Histologie pathologique de la rate dans la fièvre récurrente), par NIKIFOROFF (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 206, 1892).

La coloration des spirilles dans la rate est extrêmement difficile, voici le procédé de Nikiforoff : de petits morceaux sont fixés par un mélange de bichromate de K à 5 0/0, à parties égales avec une solution saturée de bichlorure de mercure dans la solution physiologique de sel marin. Occlusion à la paraffine. Il faut ne pas se servir de décolorants, donc employer une solution de bleu de méthylène très faible, qui colorera moins les tissus que les spirilles ; on peut ajouter de la tropéoline, pour différencier le sang. Les veines caverneuses de la pulpe sont gorgées de sang, çà et là leur endothélium est gonflé. Dans la pulpe elle-même on peut voir çà et là des kinèses dont quelques-unes multipolaires, et enfin les foyers déjà connus de nécrose, qui occupent un certain nombre des follicules de Malpighi. A la périphérie de ces foyers existent souvent de très gros phagocytes. L'intérieur des foyers de nécrose est occupé par des spirilles, pour la plupart libres entre les cellules, quelques-unes renfermées dans leur intérieur. Dans ce dernier cas, les cellules peuvent en arriver à perdre leur noyau. Il peut arriver que les petites cellules porteurs de spirilles soient prises par des macrophages ; mais il n'y a pas de spirilles libres à l'intérieur des macrophages. C. LUZET.

Ueber regressive Veränderungen... (Sur les modifications des trichines et de leurs capsules), par R. LANGERHANS (*Arch. f. path. Anat.*, *CXXX*, 2).

Langerhans décrit l'état des trichines et de leurs capsules sur une femme âgée de 51 ans, morte d'une affection cardiaque, et qui, à l'âge de 20 ans,

avait été atteinte d'une maladie grave, simulant un rhumatisme articulaire. L'âge des trichines devait donc être évalué à 31 ans.

Les muscles renfermaient de nombreuses trichines : dans le grand pectoral et le deltoïde, il y en avait jusqu'à 1,000 sur un centimètre carré.

Outre les capsules intactes renfermant des trichines encore vivantes, Langerhans a trouvé :

1) Des capsules intactes et logeant des trichines calcifiées, dont la forme était bien conservée ou dont le corps était segmenté;

2) Des capsules intactes, mais vides de trichines et de tissu quelconque;

3) Des capsules intactes et remplies de tissu conjonctif;

4) Des capsules modifiées, contenant des trichines calcifiées ou segmentées.

5) Des capsules vides ou remplies de tissu graisseux.

Le plus petit nombre des trichines était encore vivant; les unes se trouvaient dans des capsules calcifiées, les autres étaient renfermées dans des capsules presque privées de sels calcaires.

L'étude attentive de ces divers groupes de capsules conduit Langerhans à penser que les trichines et leurs capsules sont susceptibles de subir la régression et d'être éliminées de l'organisme. Il se fait une résorption des unes et des autres sous l'influence du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Il appuie la manière de voir de Leukart, à savoir que les trichines ne commencent à se calcifier que quand la capsule s'est déjà calcifiée.

La capsule ne commence à se calcifier qu'après la mort de la trichine. Les tissus de l'organisme humain se mettent alors à éliminer les hôtes et à reconquérir la place perdue. A cet effet, le tissu conjonctif prolifère et forme des sortes de bourgeons charnus qui produisent la résorption de la capsule et des trichines.

Le tissu conjonctif de nouvelle formation devient plus tard inodulaire ou se change en graisse.

La guérison incomplète, débutant par l'enkystement des trichines, se termine donc, non point par la calcification, mais par l'élimination et des trichines et de leurs capsules. ÉD. RETTERER.

Ueber die Wirkung der Kälte auf verschiedene Gewebe (Action du froid sur différents tissus), par USCHINSKY (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 115, 1892).

L'auteur pulvérise de l'éther sur la peau mise à nu d'un animal et recueille de petits morceaux, qu'il place immédiatement dans des liquides fixateurs, pour en faire des coupes. Quand la pulvérisation d'éther a duré deux à quatre minutes, la peau prise de suite ne montre qu'une rétraction des vaisseaux, qui sont remplis de globules rouges serrés les uns contre les autres; après douze heures, stase vasculaire et accumulation de leucocytes; dans l'épiderme, formations vacuolaires, pas de karyokinèses. L'accumulation de leucocytes augmente dans les heures consécutives aussi bien dans le tissu cellulaire, que dans les vaisseaux et même l'épiderme; la vacuolisation du corps de Malpighi se prononce. Ce n'est qu'après trois jours et demi à quatre jours que des karyokinèses annoncent la régénération de l'épiderme. Si la réfrigération a été plus longue, on trouve une accumulation de leucocytes encore plus abondante et des hémorragies dans le corps papillaire. En somme, la gelure diffère de la

brûlure en ce que les parties gelées sont plus sèches que les brûlées, que la nécrose y est plus limitée et que l'exsudat interstitiel liquide est très peu abondant, tandis que les leucocytes s'y rencontrent en grand nombre. Cet état est favorable à la guérison par première intention des plaies faites dans les parties congelées. C. LUZET.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — Troubles tardifs consécutifs à la thyroïdectomie chez le lapin, par E. GLEY (*C. R. de la Soc. de biol.*, 16 *juillet* 1892).

II. — Effets de la thyroïdectomie chez nos animaux domestiques, par G. MOUSSU (*Mémoires. Ibidem*, 30 *juillet* 1892).

III. — Glandules thyroïdiennes chez le rat, par CHRISTIANI (*Ibidem*, 22 *octobre* 1892).

IV. — De la thyroïdectomie chez le rat, par CHRISTIANI (*Archives de physiologie*, *p.* 39, *janvier* 1893).

V. — Fonction thyroïdienne. Crétinisme expérimental sous ses deux formes typiques, par MOUSSU (*C. R. de la Société de biologie*, 17 *décembre* 1892).

VI. — Remarques sur cette communication, par E. GLEY (*Ibidem*).

VII. — Nouvelles recherches sur les organes thyroïdiens des rongeurs, par H. CHRISTIANI (*C. R. de la Soc. de biol.*, 7 *janvier* 1893).

VIII. — Remarques sur l'anatomie et la physiologie des glandes et des glandules thyroïdiennes chez le rat, par H. CHRISTIANI (*Archives de physiol.*, *p.* 164, *janvier* 1893).

I. — Il y a une cachexie spéciale décrite chez le lapin par Hofmeister. Poil rude, desquamation épidermique, museau épaissi, oreilles rugueuses, ventre gonflé, arrêt de développement des os, hypertrophie de l'hypophyse. Elle s'observe chez des lapins opérés très jeunes et en laissant les glandules accessoires. Gley a occasionnellement observé cette même cachexie. Il signale de plus que, sur 32 lapins ayant subi la thyroïdectomie complète, 4 ont survécu.

II. — Moussu pratique la thyroïdectomie complète, et tous ses lapins survivent. Il a pu y avoir des accidents seulement passagers. La suppléance exercée par les glandules accessoires ne serait pas prouvée : au contraire la question d'âge aurait beaucoup d'influence sur le résultat. Chez le cheval, l'extirpation ne produit pas d'accidents immédiats. Chez un âne, pas d'accidents après trois mois : chez une pouliche après deux mois.

De même pas de conséquences funestes chez les ruminants adultes, mouton, chèvre. Même innocuité (vue déjà par Munk) chez le porc adulte.

Mais si l'on opère sur les animaux jeunes, le résultat est tout différent et, en particulier, un porcelet thyroïdectomisé a montré un myxœdème expérimental.

L'influence de l'âge est prédominante.

III. — Les rats succombent à la thyroïdectomie. Les glandules thyroïdiennes existeraient aussi chez cet animal, mais enchâssées dans la glande principale, au bord postéro-externe.

Lorsque l'animal résiste, l'on peut trouver dans le cou de petits nodules à structure thyroïdienne, échappés à l'extirpation, et qui se régénèrent.

IV. — Christiani fait connaître la manière de procéder à l'extraction de la thyroïde chez le rat, et les résultats de l'opération. La thyroïdectomie totale amène toujours la mort. Les cas de survie doivent être attribués à une extirpation incomplète. La greffe thyroïdienne dans le péritoine, lorsqu'elle réussit (ce qui est la règle), sauve la vie de l'animal. Elle est nécessaire dans les premiers temps; mais plus tard on peut l'enlever sans nuire à l'animal, ce qui suppose qu'il s'est formé un nouvel organe vicariant. Les jeunes et les femelles supportent moins bien l'opération que les mâles adultes.

V. — L'auteur pratique sur les lapins la thyroïdectomie complète (glandes et glandules) et n'observe pas d'accidents. Il pense que les accidents sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit. — La thyroïdectomie simple ne provoque pas chez le cheval d'accidents aigus. Chez cet animal, contrairement à l'opinion de Sandström, il n'y a pas d'homologues constantes des glandules accessoires du lapin. — On a signalé, chez certains animaux, à la suite de la thyroïdectomie, la cachexie atrophique de Virchow (2 cas de Gley). Moussu a signalé, pour la première fois, le myxœdème véritable. Il l'observe chez des porcs opérés à l'âge de 11 jours et de 1 mois, qui ne prennent plus qu'un accroissement insignifiant.

Le rôle des glandes thyroïdes est beaucoup plus important chez les animaux jeunes. Leur extirpation entrave le développement général; elle peut provoquer soit le crétinisme atrophique, soit le crétinisme myxœdémateux. L'importance des glandes accessoires est problématique. Le retentissement sur la nutrition générale, très évident chez les jeunes, l'est moins chez les adultes.

VI. — La plus grande gravité de la thyroïdectomie chez les animaux jeunes a été signalée par Schiff, Wagner, Horsley, R. Ewald, Gley. L'arrêt de développement et la cachexie des lapins, moutons, chevreaux, ont été indiqués par Hofmeister (1892) et von Eiselsberg (1892); l'état crétinoïde chez les singes par Horsley (1885).

VII. — On sait que le corps thyroïde se développe par trois bourgeons, deux latéraux et un médian. Or, chez le rat, les glandules sont les bourgeons latéraux et se fusionnent avec le corps principal. — Chez le lapin, les glandules forment encore les bourgeons latéraux, mais restent distinctes du corps principal. — Chez les souris, la glandule latérale tend à sortir de la glande principale. — Chez le campagnol, la libération et la sortie de l'une des glandules est effectuée.

VIII. — Le corps thyroïde a, chez le rat, des adhérences multiples et compliquées avec le larynx et l'œsophage, particulièrement à la partie supérieure, d'où une grande difficulte à pratiquer l'extirpation complète.

Les glandules ne sont pas isolées, elles sont incorporées et enchâton-

nées dans la glande principale par le mécanisme de développement signalé dans le mémoire précédent. Elles sont moins vascularisées que la glande principale. Quand, dans l'extirpation, on a laissé en place quelques débris de la glande, ce sont ces débris qui produisent les organes de nouvelle formation.

DASTRE.

Sur les fonctions du corps thyroïde, par SGOBBO et LAMARI (*Riv. clinica e terapeutica*, n° 8, p. 449, 1892).

Immédiatement après l'extirpation du corps thyroïde, les auteurs ont constaté, chez quelques-uns des animaux opérés, des secousses musculaires, prédominant au niveau des membres postérieurs; ces secousses ne se manifestaient pas pendant le repos mais seulement au moment où l'animal commençait à marcher. Ils ont en outre constaté une exagération manifeste de l'excitabilité mécanique et électrique des nerfs qui, jointe aux secousses musculaires, indique une superexcitabilité anormale de la moelle. L'anorexie était constante, se manifestant tantôt immédiatement après l'ablation du corps thyroïde, tantôt peu de temps après. L'introduction de la sonde pour l'alimentation des animaux déterminait des convulsions; il existait en outre des modifications psychiques; les animaux (chats) perdaient leur vivacité, supportaient les violences, sans réagir.

Pendant les accès convulsifs, les auteurs ont noté, dans quelques cas, l'hypersécrétion salivaire. Tous les animaux opérés sont morts; les chats au bout de quatre à sept jours en moyenne, les chiens au bout de dix à treize jours.

La transplantation de la glande fut opérée chez 4 animaux opérés (2 chiens et 2 chats); elle a réussi dans un seul cas, chez un chien à qui avait été faite la transplantation péritonéale. Chez cet animal disparurent graduellement tous les phénomènes morbides provoqués par la thyroïdectomie.

Des injections péritonéales furent faites avec des extraits des divers organes d'animaux opérés; ces expériences étaient pratiquées dans le but de rechercher si ces injections peuvent provoquer chez des animaux sains quelques-uns des symptômes que provoque l'ablation du corps thyroïde. Les résultats furent négatifs; aucun des animaux inoculés ne succomba.

L'existence d'une substance toxique dans les organes des animaux privés de leur corps thyroïde n'est donc pas probable.

Les auteurs ont injecté sous la peau et fait prendre par la bouche diverses substances alcalines, dans le but de neutraliser les effets de la thyroïdectomie. Les résultats furent également négatifs. Les animaux opérés présentèrent les mêmes symptômes que ceux qui n'avaient pas été soumis à ce traitement et succombèrent comme ces derniers; on obtint seulement une prolongation de vie de quelques jours.

Les phénomènes morbides s'exagèrent quand les animaux s'alimentent.

G. LYON.

I. — Greffe sous-cutanée du pancréas, par E. HÉDON (*C. R. de la Soc. de biol.*, 23 *juillet* 1892).

II. — Effets de la greffe extra-abdominale du pancréas, par E. GLEY et J. THIROLOIX (*Ibidem*).

III. — Fistule pancréatique, par HÉDON (*Ibidem*, 25 *octobre* 1892).

IV. — Les fonctions du pancréas et leurs rapports avec la pathogénèse du diabète, par CAVAZZANI frères (*Arch. ital. de biol., XVIII, p.* 313).

V. — Effets de la suppression lente du pancréas. Rôle des glandes duodénales, par J. THIROLOIX (*Mémoires de la Société de biologie*, 22 *octobre* 1892).

VI. — Quelques effets de la destruction lente du pancréas, par E. GLEY (*Ibid.*, 5 *novembre* 1892).

VII. — Sur la fonction du pancréas et sur le diabète pancréatique, par A. CAPPARELLI (*Arch. ital. de biol., XVIII, p.* 240, *et Bulletino dell' Accademie di scienze naturale in Catania*, 13 *mars* 1892).

VIII. — Pathogénie du diabète pancréatique, par E. HÉDON (*Soc. de biol.*, 3 *décembre* 1892).

IX. — Note sur la physiologie du pancréas, par J. THIROLOIX (*Archives de physiologie, p.* 716, *octobre* 1892).

X. — Greffe pancréatique, par J. THIROLOIX (*C. R. de la Soc. de biol.*, 17 *décembre* 1892).

XI. — Sur la consommation du sucre chez le chien après l'extirpation du pancréas, par E. HÉDON (*Archives de physiologie, p.* 154, *janvier* 1893).

I. — L'auteur a proposé un manuel opératoire qui consiste à ectopier la partie descendante du pancréas du chien sous la peau du ventre et à conserver plus ou moins longtemps l'artère et la veine du pédicule : la coupe du fragment doit être fixée au niveau des lèvres de l'incision cutanée, de manière que le liquide sécrété s'écoule au dehors sans produire de phlegmon : il subsiste un pertuis fistuleux qui finit par se fermer. La glande greffée ne diminue plus de volume et conserve sa structure.

Quant aux résultats, ce sont ceux mêmes que Minkowski a annoncés. Il n'y a pas de glycosurie tant que la greffe subsiste : l'extirpation de la greffe est suivie d'une glycosurie très intense et mortelle.

II. — Thiroloix modifie le procédé d'Hédon, en introduisant un drain que l'on laisse trois à quatre jours dans la greffe. Le liquide qui s'écoule est bien du suc pancréatique actif.

III. — Hédon préfère ne pas recourir au drain. Mêmes constatations des propriétés du suc pancréatique éliminé par la plaie ou enkysté. C'est une façon de fistule pancréatique permanente.

IV. — On extirpe le pancréas : on met les chiens à la diète carnée. L'alcalinité du suc intestinal n'est pas modifiée. Les fèces sont molles, nauséabondes, et contiennent une grande quantité d'albuminoïdes incomplètement digérés. La quantité d'hydrates de carbone utilisés est inférieure à la normale. — La graisse est mal absorbée ou point. — L'alcalinité du sang diminue chez les chiens devenus diabétiques à la suite d'ablation du pancréas. — Le nombre des globules rouges et l'hémoglobine sont

diminués. La glycolyse est exagérée. — Les auteurs ont eu seulement 3 chiens diabétiques sur 13 opérés. — L'urine ne contenait que peu ou point de phénol; l'indol était abondant; l'acétone s'est rencontré. Les auteurs admettent qu'il y a augmentation de la production de sucre. Ils croient que le foie participe donc à la production du diabète, et ils appuient cette opinion sur des faits anatomo-pathologiques.

L'excitation du plexus cœliaque augmente le sucre du sang et produit d'ailleurs l'hyperémie du foie. Le diabète pancréatique serait produit par les lésions du plexus hépatique entraînant la sécrétion paralytique du foie.

V. — On injecte de la poudre de charbon dans l'huile dans le pancréas d'un chien. Les chiens commencent par maigrir, deviennent squelettiques, puis engraissent. Il y a polyphagie : pas de polyurie, pas d'azoturie, pas de glycosurie, tant que la glande reste en place. Si l'on pratique des ablations partielles successives, on observe la glycosurie avec l'alimentation amylacée, puis une glycosurie sans polyurie considérable et sans amaigrissement. — Il y a une hypertrophie énorme des glandes duodénales.

VI. — Le rôle compensateur des glandules duodénales n'existerait pas dans tous les cas.

VII. — Il y aurait dans le diabète expérimental deux ordres de troubles. Les premiers sont liés à l'absence de suc pancréatique dans l'intestin. Les autres, et parmi eux la glycosurie, sont dus à l'absence d'un produit séparé du pancréas et versé dans le sang. — Ce produit pancréatique s'opposerait à la transformation du glycogène en glycose par le ferment diastasique salivaire. L'auteur suppose que l'introduction de la salive dans le sang produit la glycosurie, la phosphaturie et l'hyperthermie, à moins que le pancréas ne l'annule par une propriété nouvelle et inconnue!

VIII. — A. Capparelli a produit de la glycosurie par injection de salive dans les veines du chien : le pancréas détruirait le pouvoir saccharifiant de la salive absorbée dans l'intestin. Hédon enlève les glandes salivaires à un chien à ectopie pancréatique. Puis enlevant le pancréas ectopié, il verrait survenir le diabète habituel; ce qui ruinerait l'hypothèse de Capparelli.

IX. — Un chien à greffe pancréatique sous-cutanée, et ayant subi l'ablation de la partie restante du pancréas, ne devient point glycosurique, selon la règle. Mais, à un moment donné, la glycosurie apparaît brusquement, avec une intensité considérable, bien que la greffe subsistât et continuât à fournir du suc pancréatique.

Il semble que la sécrétion interne ait tari (sous des causes inconnues), tandis que l'externe aurait persisté.

X. — On injecte dans le pancréas un mélange d'huile et de charbon (stérilisé).

Au bout de trois mois, la glande est réduite à l'état d'un cordonnet noirâtre, et le chien n'est pas glycosurique. On enlève le pancréas, et on en insère la moitié dans l'épiploon d'un second chien. Les adhérences se produisent; la glande tend à se reconstituer. L'ablation du propre pancréas de l'animal greffé ne produit point la glycosurie.

XI. — Dans le diabète à forme grave, V. Mering et Minkowski ont montré que les chiens n'utilisent pas le sucre de glycose qu'on leur fait ingérer.

La levulose, au contraire, est, d'après Külz, utilisée par l'organisme de l'homme diabétique.

Fr. Voit, avec le galactose, a constaté qu'une partie (1/2 ou 2/3) apparaissait dans l'urine sous forme de glycose. — L'auteur a répété ces expériences avec le même résultat, sans distinguer lactose et galactose.

Dans le diabète à forme légère, l'ingestion du sucre (30 et 40 grammes) ne provoquait pas la glycosurie; le sucre ingéré était consommé pour la plus grande partie. DASTRE.

I. — Destruction de la glande pituitaire chez le chat, par G. MARINESCO (*C. rendus de la Société de biologie*, 4 *juin* 1892).

II. — Sur la destruction de la glande pituitaire, par G. VASSALE et E. SACCHI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 385, 1893, *et Rivista sperimentale di freniatria e med. legale, XVIII, fasc.* 3-4).

I. — L'auteur exécute chez le chat l'opération que Dastre avait, en 1889, pratiquée chez le chien (destruction de l'hypophyse par la voie buccale). Les animaux de Dastre étaient morts. Gley, en 1891, avec un autre procédé (destruction par la voûte cranienne), a conservé des lapins. Marinesco a conservé trois chats, et il a observé leur amaigrissement progressif et leur mort sans lésion locale.

II. — Les auteurs ont opéré la destruction complète chez 31 chiens ou chats, dont 2 moururent par accident opératoire, 11 par infection endocranienne, et 18 sans infection. La mort, d'après les autopsies, devait être attribuée exclusivement à la destruction de l'hypophyse. Les phénomènes observés ont été l'abattement, le changement de caractère de l'animal, l'apathie; puis des troubles moteurs, mouvements fibrillaires, secousses musculaires, rigidité du train postérieur, fléchissement du corps; anorexie alternant avec voracité; vomissements, polydipsie. Enfin des accès de dyspnée. Il y a abaissement de température. Cet ensemble a de l'analogie avec les résultats de la thyroïdectomie. Les funestes effets de l'ablation de l'une et l'autre glande ne permettent guère de soutenir l'opinion de Rogowitsch, d'une suppléance entre elles. L'hypophyse rentre dans le nombre des glandes dont la destruction donne lieu à la formation et à l'accumulation dans l'organisme de substances toxiques spéciales.

La destruction partielle de l'hypophyse est, pendant longtemps, compatible avec la vie. Mais il n'a pas été possible de décider si les troubles observés guérissent ou aboutissent à une cachexie fatale. DASTRE.

Etude expérimentale sur le traitement des plaies de l'intestin chez le chien, par CHAPUT (*Archives de médecine, mars et avril* 1892).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

Dans les plaies de l'intestin chez le chien, l'expectation donne une mortalité de 68 0/0. Sur 46 cas, il y a eu 31 morts et 15 guérisons.

Les causes de mort sont : la péritonite, d'abord ; l'hémorragie ensuite ; quelquefois la mort est le résultat de ces deux causes agissant simultanément.

La mort survient généralement d'une façon rapide. 4 fois, elle a été immédiate (3 fois par hémorragie, 1 fois par plaie vésicale). 18 fois, la mort est survenue en moins de 20 heures (4 fois par hémorragie, 14 fois par péritonite). 6 fois la mort est survenue le 2e et le 3e jour par péritonite ; 3 fois, le 4e jour par péritonite.

Les conditions qui favorisent la guérison spontanée, sont : 1° une puissance adhésive marquée de l'épiploon; 2° la destruction de l'épithélium du bourrelet muqueux ; 3° la vacuité relative de l'intestin et la virulence faible de son contenue ; 4° l'absence d'hémorragie de la plaie intestinale ; 5° l'absence d'infection péritonéale ; 6° l'absence de sang épanché dans la séreuse ; 7° le petit nombre et le peu d'étendue des perforations.

La mortalité est à peu près la même que le chien soit à jeun ou en demi-réplétion. La réplétion complète est probablement une circonstance aggravante.

L'auteur étudie ensuite le pronostic des plaies de l'intestin après intervention, en faisant remarquer tout d'abord que la structure particulière de l'intestin du chien expose à des fautes redoutables de technique opératoire.

En cas de plaies par coups de feu à bout portant à travers les parois abdominales, l'intervention, sur 66 cas, a donné 54 morts et 12 guérisons, proportion inférieure à celle de l'expectation. Ce résultat s'explique par la complexité et la gravité des lésions. L'intervention donne des résultats bien meilleurs quand on tire un seul coup de feu sur une seule anse et quand on opére immédiatement. Elle donne alors, sur 16 cas, 6 morts et 10 guérisons. Si on attend 2 heures pour intervenir, la proportion de guérison est la même par l'intervention et par l'expection simple.

Pour remédier à l'insuffisance des procédés connus, l'anteur a imaginé une nouvelle opération : la greffe intestinale, qui consiste à obturer les perforations avec une anse saine. La greffe intestinale donne 100 0/0 de guérisons, à la condition de ne pas attendre plus de 3/4 d'heure.

La laparotomie faite en pleine digestion n'aggrave en aucune façon le pronostic.

Lorsque la greffe intestinale est faite après 3/4 d'heure, le pronostic devient plus sombre. Sur 7 cas, il y a eu 4 morts et 3 guérisons.

RICHARDIÈRE.

Ueber die histologischen Vorgänge... (Des processus histologiques qui se passent dans la transplantation de morceaux de peau sur des animaux d'une espèce différente), par BEREZOWSKY (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 131).

Quand on transplante sur un mammifère des morceaux de peau de grenouille, il ne se fait aucune trace de modification active dans le morceau transplanté. Notamment on ne voit nulle part de vaisseaux nouveaux ou de globules sanguins de mammifère dans la greffe. La peau de grenouille joue donc un rôle purement passif; elle se comporte comme un

corps étranger et subit le sort commun à ceux-ci ; les leucocytes y pénètrent de toutes parts, la détruisent et la liquéfient. On doit donc refuser à la transplantation de peau de grenouille le rôle actif que Reverdin et Petersen lui attribuent dans la guérison des plaies; elle n'agit qu'à la façon d'un pansement protecteur.

La peau de chien transplantée sur le cochon d'Inde subit un sort analogue et ne joue également qu'un rôle passif. La seule différence est que la greffe a une résistance plus grande et une durée plus longue. C. LUZET.

Atténuation des virus dans le sang des animaux vaccinés, par CHARRIN et ROGER (*Société de biologie, 2 juillet* 1892).

Le sérum des lapins vaccinés contre le bacille pyocyanique atténue presque instantanément ce bacille ; et cette action se manifeste non seulement *in vitro*, mais aussi nettement dans l'organisme vivant.

Ainsi une culture de ce bacille qui a été mélangée avec du sérum de lapin vacciné se montre inoffensive pour un lapin sain, au bout de deux minutes de contact du sérum et de la culture.

De même, le sang d'un lapin vacciné contre le bacille pyocyanique, prélevé cinq minutes après l'inoculation intra-veineuse de cultures virulentes de ce bacille, se montre absolument dépourvu de virulence.

C'est alors que les phagocytes s'emparent des microbes atténués par les humeurs des animaux vaccinés et achèvent de les détruire.

MOSNY.

Recherches sur la transmission héréditaire de l'immunité, par CHARRIN et GLEY (*Archives de physiologie, n°* 1, *p.* 75, 1893).

Lorsque deux lapins mâle et femelle sont vaccinés contre l'infection pyocyanique, plusieurs éventualités, en cas de gestation, peuvent se produire : ou bien la gestation avorte; ou bien elle évolue jusqu'au terme normal. Dans ce dernier cas, les rejetons peuvent naître en parfaite santé, les uns vaccinés, les autres non. D'autres fois encore, ces rejetons sont porteurs de tares ou présentent des troubles rappelant ceux de la maladie pyocyanique; quelques-uns de ces rejetons sont enfin parfois frappés d'atrophie : ils se développent mal, incomplètement.

Ces faits sont à rapprocher des manifestations héréditaires de la syphilis. Ils démontrent que l'hérédité est une propriété cellulaire : les cellules des parents immunisés sont capables de transmettre aux cellules des rejetons les propriétés chimiotactiques positives et le pouvoir de sécréter des humeurs bactéricides et antitoxiques qu'elles possèdent chez les parents vaccinés.

L'immunisation limitée à la femelle peut ne pas être transmise héréditairement à la descendance. Les couples dont le père seul était immunisé n'ont, jusqu'à présent, pas donné de rejetons. Les auteurs ne peuvent donc actuellement résoudre la question de savoir si, dans la transmission héréditaire de l'immunité, l'immunisation du couple est nécessaire, ou si l'immunisation du père ou de la mère seuls est suffisante. MOSNY.

I. — L'immunité dans les maladies infectieuses, par Elie METCHNIKOFF (*Semaine médicale*, n° 59, p. 469, 1892).

II. — Les antitoxines et l'immunité, par A. CHARRIN (*Semaine médicale*, n° 12, p. 85, 1893).

I.— L'auteur, après avoir passé en revue les théories du pouvoir bactéricide des humeurs et de leur propriété atténuante, montre qu'elles peuvent être en désaccord avec les faits et ne les expliquent pas tous.

La propriété antitoxique des humeurs peut elle-même manquer dans nombre de maladies infectieuses.

A ces théories Metchnikoff oppose sa théorie cellulaire ou des phagocytes, et montre que, sans exclure absolument les propriétés bactéricides, atténuantes ou antitoxiques des humeurs dans certains cas, sa théorie s'applique mieux à la généralité des faits observés, et que la phagocytose joue dans l'immunité un rôle prépondérant, sinon unique.

II. — L'auteur critiquant la théorie phagocytaire de l'immunité de Metchnikoff montre qu'en réalité l'immunité est un phénomène extrêmement complexe qu'une théorie univoque ne peut expliquer dans tous les cas. L'état bactéricide des humeurs joue dans ce phénomène un rôle important, au même titre que la phagocytose, et peut même expliquer certains faits dont la phagocytose ne peut rendre compte. A ces notions se joint la notion plus récente du pouvoir antitoxique des humeurs des animaux vaccinés qui n'a rien à voir avec les autres. MOSNY.

Ueber pathologische Veränderung des Kerntheilungsprocesses in Folge experimenteller Eingriffe (Les transformations pathologiques du processus mitotique par suite d'interventions expérimentales), par O. HERTWIG (*Virchow's Festschrift*, p. 194, 1891).

Les recherches que ce mémoire résume ont eu pour objet d'étudier l'action de divers agents chimiques sur la marche des processus karyokinétiques. Des œufs de *Strongylocentrotus* sont fécondés dans un verre de montre. Au bout d'une heure, on constate que la division a commencé à se faire, et qu'il s'est formé un fuseau. A ce moment, les œufs sont transportés, de l'eau de mer pure, dans une solution de sulfate de quinine à 0,05 °/₀, y séjournent de 20 à 30 minutes et sont reportés dans de l'eau de mer pure. On constate alors que sous cette influence, la figure cinétique a disparu. Le noyau s'est reconstitué à l'état de repos. Mais au bout de quelque temps (50 à 80 minutes) le noyau rentre en division, seulement au lieu de se partager en deux moitiés, il se divise en quatre parties. En fixant des œufs à divers moments, après que le sulfate de quinine a exercé son action, on peut suivre tous les stades du nouveau processus. En faisant agir l'hydrate de chloral, le résultat définitif est le même qu'avec le sulfate de quinine.

Cet arrêt et cette régression des phénomènes mitotiques résultent apparemment de ce que la quinine et le chloral exercent une action paralysante sur le protoplasma. La réfrigération agit de la même manière.

Quant à ce fait que la mitose devient tétrapolaire, Hertwig cherche à l'expliquer en supposant que les diverses substances qui entrent dans la composition des cellules sont influencées à des degrés différents par les

agents chimiques, de telle sorte que la mise en jeu de leur activité n'est plus coordonnée. Ainsi il faut bien admettre que les deux corpuscules polaires se sont divisés à un moment où le protoplasma était encore plus ou moins paralysé.

On sait que des figures multipolaires ont été souvent observées par les anatomo-pathologistes. Leur existence s'explique peut-être de la même façon. Dans les tumeurs malignes, par exemple, il se formerait des produits qui, comme la quinine ou le chloral, influeraient d'une façon compliquée sur les cellules, déséquilibreraient l'activité harmonique des substances cellulaires qui concourent à la division et détermineraient la production de mitoses multipolaires. A. NICOLAS.

Les globules blancs comme protecteurs du sang, par WERIGO (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 7, *p.* 478, 25 *juillet* 1892).

L'influence des injections de bactéries, bacillus prodigiosus, bacillus pyocyaneus, bactérie du choléra des porcs, bactéries de la tuberculose aviaire, bactéridie charbonneuse, ou de matières colorantes (carmin), se manifeste, en général, par deux faits principaux : par une diminution immédiate et très considérable des globules blancs et par leur augmentation secondaire (leucocytose) qui peut, dans certains cas, être aussi très prononcée. Tandis que la diminution des globules blancs est un phénomène constant et n'admet aucune exception, la leucocytose consécutive ne s'observe qu'après les injections des bactéries (vivantes ou mortes) et seulement dans les cas où l'animal survit à l'injection pendant un temps plus ou moins long.

La leucocytose est due à l'influence de certains produits bactériens chimiques contenus dans le liquide injecté, produits agissant par excitation chimique, et amenant ainsi une production nouvelle de leucocytes.

Au contraire la disparition initiale des globules blancs est un effet mécanique ; elle ne dépend ni des propriétés particulières des bactéries injectées, ni de leur état ; il est nécessaire et suffisant, pour provoquer cette disparition, que le liquide injecte contienne, en suspension, des particules insolubles quelconques qui, arrivant sous le sang, y agissent en quelque sorte mécaniquement sur les leucocytes. Ceux-ci disparaissent du sang parce qu'ils englobent les bactéries et les emportent dans les organes ; les globules blancs disparaissent du sang, parce que, après avoir englobé dans le sang même les matières injectées, ils s'arrêtent dans les organes et surtout dans le foie, où ils transmettent les substances englobées aux cellules endothéliales de cet organe. Wérigo a vu que les matières injectées sont, en partie, englobées directement par d'autres cellules phagocytaires, et notamment par des cellules de la pulpe de la rate et par des cellules endothéliales du foie. Quoique le fait de l'englobement des matières injectées par les leucocytes et par les autres phagocytes soit déjà bien connu, les résultats de l'auteur apportent néanmoins plusieurs actions nouvelles. La plus surprenante, c'est la vitesse extraordinaire avec laquelle se produit cet englobement, et dont on n'avait jusqu'ici presque aucune idée ; cette rapidité est telle qu'en quelques minutes furent éliminées des quantités considérables de bactéries injectées par l'auteur. Les globules blancs sont ainsi de véritables protecteurs du

sang; ils le délivrent très vite de toute invasion des bactéries ainsi que de tous les corps étrangers, et cela doit avoir une grande importance au point de vue physiologique. Le sang, qui baigne tous les organes, qui est la source essentielle de leur fonctionnement normal, ne peut être changé dans sa constitution sans un grand danger pour l'organisme.

Pour les injections de carmin, c'est surtout dans le foie que se fait l'accumulation; la rate y participe peu; les auteurs qui sont arrivés à des résultats opposés pour la rate, avaient-ils stérilisé leur liquide d'injection?

Avec les bactéries au contraire, les bactéries circulant dans le sang de la rate sont d'abord comme les matières colorantes directement absorbées par les cellules phagocytaires de cet organe sans que les leucocytes prennent une part importante à leur rétention. Mais, depuis le moment où les bactéries se trouvent dans le tissu de la rate et y sécrètent leurs poisons, ces derniers attirent les leucocytes passant par les vaisseaux de la rate et les laissent s'arrêter et se diriger vers les bactéries. On doit aussi admettre que les produits bactériens exercent une certaine excitation sur les nerfs vasculaires de la rate, excitation qui provoque une dilatation des vaisseaux et, par conséquent, une augmentation de la quantité de sang qui traverse cet organe. De cette manière, la quantité de leucocytes qui passent au travers de la rate est augmentée, et grâce à l'attraction exercée par les produits bactériens, les leucocytes se rassemblent de plus en plus dans le tissu de la rate. P. TISSIER.

Les poisons bactériens, par N. GAMALEÏA (*In*-16. *Paris*, 1892).

Placé en face d'un domaine étendu, mais encore à peine connu, Gamaleïa a su nous donner un résumé fidèle des connaissances actuelles sur ce sujet. Il débute par un historique très détaillé et très clair de la question, nous montrant les premiers observateurs, avec Panum admettant l'origine toxique de la septicémie expérimentale, puis la vulgarisation de la connaissance des microbes tendant à faire passer au profit de ces derniers l'action pathogène des produits solubles, enfin la chimie venant nous donner des notions véritablement scientifiques sur les alcaloïdes de la putréfaction. Un pas de plus, et la vaccination chimique vient montrer que les produits microbiens sont la véritable clef du mode d'action de ces agents.

Il étudie ensuite la nature des produits microbiens, considérés successivement comme des ptomaïnes (alcaloïdes), comme des diastases (ferment) et enfin comme des toxalbumines. La connaissance toute récente des nucléines et des nucléo-albumines, nous rapproche encore plus de la nature véritable de ces poisons : ce ne sont pas des produits de décomposition de l'albumine, mais bien des albumines sécrétées par le corps même du microbe, qui peut être considéré dans son ensemble comme un noyau de cellule. Il montre que ces nucléines sont elles-mêmes fortement altérables, et que, dans leur préparation, on les décompose le plus souvent et qu'on n'obtient ordinairement que des poisons modifiés. Enfin vient l'étude spéciale des poisons microbiens les mieux connus, tétanos, diphtérie, choléra, vibrion avicide, tuberculose, morve et l'indication des résultats auxquels peut conduire leur connaissance pour la thérapeutique des maladies infectieuses. C. LUZET.

Sécrétions cellulaires. Cellules bactériennes. Cellules de l'organisme. Auto-intoxications, par A. CHARRIN (*Archives de physiologie*, n° 1, *p.* 1, 1892).

Charrin rapporte deux observations de brightiques entrés à l'hôpital avec des accidents urémiques se manifestant sous deux des formes connues de l'urémie : il s'agissait dans un cas d'accidents délirants, dans l'autre de phénomènes comateux et convulsifs.

L'auteur montre comment le régime lacté, l'antisepsie intestinale, les inhalations d'oxygène et la saignée ont amené la guérison des malades en abaissant le taux de la toxicité de leurs urines ou de leur sérum.

Charrin montre que toutes les intoxications, qu'elles proviennent de causes extérieures (infections microbiennes ou bien introduction dans l'organisme de substances toxiques), ou qu'elles naissent en nous (sécrétions cellulaires anormales, auto-intoxications), provoquent des phénomènes pathologiques variables, multiples dans leurs manifestations cliniques, mais identiques au fond. Les cellules de l'organisme, comme les microbes, sécrètent des poisons convulsivants ou stupéfiants, causes de l'intoxication dans les maladies infectieuses ou de l'auto-intoxication dans les affections telles que le mal de Bright où les déchets de l'organisme sont imparfaitement comburés ou incomplètement éliminés.

MOSNY.

Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bakterien (Influence de la lumière sur les bactéries), par H. BUCHNER (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenkunde*, *XII*. *n*os 7-8, *p.* 217, 1892).

L'auteur a mis en évidence, de la façon suivante, l'influence nocive de la lumière sur le développement des bactéries : un tube de gélose préalablement liquéfié à la chaleur est ensemencé avec une espèce bactérienne déterminée; on mélange la culture, et on verse la gélose dans une boîte de Petri. On découpe alors dans du papier noir une croix ou des lettres qu'on colle à la partie inférieure de la boîte, puis on expose celle-ci, la partie inférieure tournée en haut, une heure ou une heure et demie à la lumière directe, ou cinq heures à la lumière diffuse du jour; au bout de ce temps, on la met à l'obscurité. Au bout de vingt-quatre heures, les colonies sont développées au-dessous des lettres; le reste de la plaque est demeuré stérile.

Pour avoir des images nettes et tranchées, on doit ensemencer copieusement la plaque, pour que les colonies soient petites et serrées.

Si on ne laisse la plaque que dix minutes à la lumière, les colonies, au bout d'un séjour de vingt-quatre heures à l'obscurité, se sont développées le long des lettres de papier noir; le reste des colonies n'est pas tué, mais leur développement est retardé.

Ce n'est évidemment pas là une question de température, car si l'on maintient la plaque hermétiquement close dans un récipient de 5 centimètres de profondeur rempli d'eau, et qu'on l'expose à la lumière, comme dans l'expérience précédente, le résultat est le même. Ainsi peut s'expliquer l'influence de la lumière dans l'épuration spontanée de l'eau. (Voy. *R. S. M.*, XLI, 72.)

MOSNY.

Recherches biologiques sur quelques bactéries chromogènes, par G. GALEOTTI (*Archives italiennes de biologie*, XVIII, p. 320, *et Lo Sperimentale*, *fasc.* 3 1892).

La propriété qu'ont les bactéries chromogènes de produire des substances colorantes n'est pas indissolublement liée avec la vie de ces bactéries, en ce sens que ces micro-organismes peuvent continuer à vivre même sans produire leurs pigments caractéristiques. — Les conditions qui altèrent leur propriété chromogène sont celles qui, en général, exercent une action défavorable sur les bactéries elles-mêmes dans toutes leurs fonctions. — Le micro-organisme peut s'adapter à cette condition nouvelle et récupérer la propriété de fournir des substances colorantes.

Ces substances colorantes ne seraient que des produits des échanges matériels dans des conditions données. DASTRE.

Sur la fonction fluorescigène des microbes, par C. GESSARD (*Annales de l'Institut Pasteur, décembre* 1892).

La teneur en phosphate du milieu nourricier a un rôle prépondérant pour la production pigmentaire des microbes fluorescents. Par cette réaction d'ordre biologique on a pu reconnaître du phosphate de potasse à la dilution de 1/8000 millimètres.

L'apparition de la fluorescence dans la culture des microbes d'une eau témoigne que la souillure de l'eau a une origine animale et que cette souillure est récente, qu'elle provienne de la pénétration du microbe même dans l'eau ou d'un renouvellement pour le microbe ancien déjà dans cette eau et sur le point d'en subir les effets de dégradation, de l'aliment phosphaté nécessaire à maintenir ou à ranimer son activité fonctionnelle.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude du pouvoir bactéricide du sang, par A. BASTIN (*La Cellule*, VIII, 2e *fasc.*, *p.* 383-417, 1892).

L'auteur s'est proposé en premier lieu de rechercher l'effet produit sur le pouvoir bactéricide du sang par l'injection des microbes et de leurs produits. Le microbe injecté fut le staphylocoque pyogène doré. Les résultats auxquels il est arrivé se résument ainsi :

L'injection dans le sang, d'une quantité considérable de cultures de microbes, abolit ou diminue considérablement avec une grande rapidité, presque instantanément, son pouvoir bactéricide. Le résultat est le même quand les cultures sont stérilisées, de sorte que l'abolition du pouvoir bactéricide du sang, après l'injection d'une dose considérable de microbes, est due aux substances sécrétées par les microbes ou renfermées encore dans leur organisme. Il existe un rapport entre la dose de cultures injectées et le degré de diminution du pouvoir bactéricide. Celui-ci, après qu'il a été aboli, se régénère avec une assez grande rapidité; au bout de cinq à six heures, il est en grande partie revenu. Enfin, le pouvoir bactéricide aboli pour une espèce microbienne doit l'être aussi pour d'autres espèces.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur a cherché à établir

l'influence de l'infection microbienne sur le pouvoir bactéricide du sang dans les maladies. Il a pour cela déterminé avec le bacille de l'œdème malin, le bacille aérogène et le staphylocoque pyogène des infections locales qui sont devenues rapidement générales. Il a constaté qu'alors le pouvoir bactéricide du sang est aboli ou diminué, tout comme par l'injection de cultures dans le sang lui-même. Le degré de cette diminution paraît être en rapport direct avec l'intensité de l'infection et, en général, l'apparition des microbes vivants dans le sang semble coïncider avec une diminution au moins notable du pouvoir bactéricide. A. N.

Versuche über bakterientödtende Wirkung des Blutes (Recherches sur le pouvoir bactéricide du sang), par H. KIONKA (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, *XII*, *n*° 10, *p*. 321, 1892).

Les propriétés bactéricides du sang ont été considérées par quelques auteurs comme un simple phénomène physique ou chimique ne se manifestant seulement que dans les expériences faites *in vitro* ; quelques-uns ont même cherché à nier cette propriété au sang extravascularisé. L'auteur, dans le présent mémoire, recherche donc si cette propriété se borne à une simple action chimique ou physique qu'on ne pourrait alors constater que dans le sang extravascularisé, ou s'il s'agit là d'une propriété du sang constatable aussi bien dans les expériences faites *in vitro* que dans le sang circulant. Kionka reprend des expériences récentes de Christmas, les critique, et montre l'interprétation qu'on doit en donner, et les conclusions qu'il convient d'en tirer :

1° La destruction des microbes qu'on sème dans le sérum n'est pas dûe à l'influence du changement brusque du milieu nutritif, comme le pense de Christmas, car le chauffage à 55° centigrades pendant 1 heure détruit ces propriétés du sérum.

De Christmas prétend que l'on peut habituer les microbes à vivre dans le sérum et qu'alors le bouillon nutritif ordinaire leur devient nuisible et les détruit lorsqu'on les y sème. Mais c'est là en réalité une simple question de changement de température, car de Christmas semait ces microbes dans du bouillon qu'il plaçait à 15°. En effet, si on transporte des bacilles charbonneux du sérum dans le bouillon, et qu'on maintienne toutes ces cultures à la température de 37°, le développement du bacille n'est nullement gêné. Du reste Kionka fait justement remarquer que l'abaissement de la température retarde le développement du bacille typhique transporté du sérum humain dans le bouillon, mais qu'il ne le tue pas.

2° On ne peut, non plus, avec de Christmas attribuer les propriétés bactéricides du sérum et des humeurs physiologiques à l'acide carbonique, car Kionka qui a ensemencé des bacilles de la fièvre typhoïde, du charbon et du staphylocoque doré dans un exsudat pleural légèrement hémorragique et dans un liquide d'hydrocèle, a observé les phénomènes suivants :

Le bacille typhique est rapidement détruit, et le charbon se développe très bien dans l'exsudat pleural; le staphylocoque doré qui d'abord diminue en très forte proportion, dans le liquide d'hydrocèle, s'y développe ensuite.

Tous ces microbes se développent très bien dans ces diverses humeurs préalablement chauffées; ils s'y développent également très abondamment si l'on fait passer dans ces humeurs un courant d'acide carbonique.

3° Kionka, contrairement à de Christmas et à des expériences antérieures de Haffkine, montre que les diverses humeurs de l'homme (sérum pris sur un typhique la veille de sa mort, sérum d'un urémique, exsudats pleuraux et péritonéaux) sont douées d'un pouvoir bactéricide considérable et égal pour les bacilles typhiques de génération ancienne ou récente.

L'auteur fait remarquer à ce propos, que le sérum des typhiques, quelques heures avant la mort est très énergiquement bactéricide pour le bacille typhique, qui ne s'y développe pas même après la mort. Le contraire se passe pour le bacille du charbon pour lequel le sérum sanguin très bactéricide au début de l'infection, perd ses propriétés dans le cours de la maladie.

De tous ces faits, l'auteur conclut que le pouvoir bactéricide des humeurs est une propriété qui leur appartient aussi bien dans l'organisme que hors de l'organisme, et qu'on ne peut la réduire à une simple propriété physique ou chimique. MOSNY.

Ueber die Ausscheidung der Bacterien aus dem Organismus (L'élimination des bactéries de l'organisme), par PERNICE et SCAGLIOSI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, *p.* 751, 1892).

Le staphylococcus pyogenes aureus, le bacille pyocyanique, le bacillus subtilis et le micrococcus prodigiosus, lorsqu'on a injecté aux animaux le produit de cultures pures, sortent de l'organisme par des voies multiples. On les trouve presque toujours dans la bile et dans l'urine, quelquefois dans le lait, dans le sperme, dans la sérosité pleurale et péritonéale, dans le liquide céphalo-rachidien. Ces bactéries peuvent être aussi éliminées à la surface des muqueuses des voies digestives, des voies respiratoires, de l'utérus et du vagin. Pernice et Scagliosi ont vu le bacillus subtilis passer de la mère au fœtus.

L'élimination des bactéries commence au bout de quatre à six heures et dure jusqu'à la mort de l'animal lorsqu'on a injecté des microbes pathogènes. Lorsqu'il s'agit de microbes non pathogènes (bacillus subtilis, micrococcus prodigiosus), l'élimination se prolonge pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Le bacillus anthracis et le pyocyanique conservent leur virulence après l'expulsion, mais, pour ce dernier, la virulence est atténuée.

Les reins des animaux soumis aux expériences sont toujours altérés. Les altérations des reins se produisent avant le passage des microbes dans l'urine; elles consistent en troubles locaux de la circulation sanguine et dégénérations épithéliales. Tout cela prépare le chemin aux microbes. On voit parfois se produire une glomérulo-néphrite hémorragique; le staphylococcus pyogenes aureus provoque une néphrite métastatique.

Il faut quatre ou six heures pour que les bactéries injectées sous la peau pénètrent dans le sang; on les voit parfois dans les viscères avant de les découvrir dans le sang.

Le micrococcus prodigiosus peut rester dix jours dans le tissu cellulaire sous-cutané au lieu de l'inoculation; le b. subtilis persiste parfois huit jours, c'est-à-dire plus longtemps que ne dure l'élimination au dehors. Ils s'entourent d'une coque conjonctive et, pendant longtemps, demeurent sans influence sur l'état général des animaux inoculés.

L. GALLIARD.

Variations des microbes. Fonctions cellulaires ; fonctions bactériennes. L'organisme, par A. CHARRIN (*Semaine médicale, n° 30, p.* 233, 1892).

Nous savons que les microbes varient à l'infini dans leurs formes, leurs fonctions, leurs propriétés pathogènes, etc..., suivant une foule de conditions du milieu ambiant, du milieu nutritif, d'air, de température, et suivant nombre d'autres causes qui nous échappent actuellement encore.

De même en pathologie, on voit le même microbe produire des maladies absolument dissemblables par leurs lésions, leurs symptômes, leur gravité.

On doit donc, pense Charrin, en conclure à l'influence prépondérante du terrain. Or, ce terrain varie suivant les sujets, et chez un même individu, suivant les conditions multiples, où il se trouve à un moment donné.

La cellule elle-même peut se comporter comme un microbe; ses fonctions changent comme celles des bactéries; comme celle-ci, ses sécrétions peuvent devenir pathogènes.

De plus, les bactéries et les cellules de l'organisme influent l'une sur l'autre pour modifier leurs sécrétions et par suite leurs actions réciproques : l'état bactéricide, les antitoxines, la phagocytose, le chimiotaxisme en sont des preuves.

Toutes ces conditions de terrain, fonctions des cellules de l'organisme nous échappent actuellement ; il faudrait les connaître pour comprendre les manières d'être si multiples des bactéries. MOSNY.

On aqueous humour, micro-organisms, and immunity, par E. METCHNIKOFF (*The Journal of Pathology and Bacteriology, p.* 13, *mai* 1892).

L'humeur aqueuse est un bon milieu de culture, non seulement pour les micro-organismes en général, mais même pour les microbes contre lesquels l'animal dont elle provient a acquis l'immunité ; l'auteur a constaté que le bacille pyocyanique pousse également bien dans l'humeur aqueuse de lapins immunisés que dans celle d'animaux non immunisés; que l'humeur aqueuse de lapins immunisés contre le pneumocoque était un excellent milieu de culture pour ce microbe. Dans quelques cas, l'humeur aqueuse est bactéricide, par exemple pour la bactéridie charbonneuse, même quand elle provient d'un animal qui n'a pas immunité contre le charbon. Les micro-organismes cultivés dans l'humeur aqueuse d'animaux ayant acquis artificiellement l'immunité, gardent toute leur virulence et ne perdent aucune de leurs propriétés biologiques. BOULLOCHE.

Recherches sur la virulence de la bactéridie, par Mlle TSIKLINSKI (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 7, *juillet* 1892).

Le premier vaccin, après passages successifs dans les souris, se renforce, comme on le constate sur les cobayes. La force du premier vaccin, qui a passé par l'organisme des lapins, augmente à chaque passage, ce que l'on constate par l'action de ce vaccin sur les cobayes et les souris, ainsi que sur les lapins eux-mêmes. La virulence du premier vaccin augmente plus, après séjour dans l'organisme des lapins que dans celui des souris. Ce que l'on constate en comparant l'effet des deux cultures.

Le passage du vaccin atténué par les souris, amène plutôt un affaiblissement qu'un renforcement de la virulence; c'est ce qu'on constate dans les essais sur les cobayes; sur les souris elles-mêmes la virulence du vaccin présente des variations; le vaccin atténué se renforce par le passage de lapin à lapin, ce que l'on constate sur les lapins eux-mêmes, ainsi que sur les cobayes et les souris. La virulence du vaccin ayant séjourné dans les lapins croît en raison directe du nombre des passages. Cela est prouvé par la mort plus rapide des lapins de passage plus avancé, ainsi que par celle des cobayes et des souris, inoculés avec les mêmes cultures.

Il se produit dans l'organisme d'un animal peu sensible (lapin), un renforcement considérable du vaccin charbonneux, qui reprend les qualités du véritable virus charbonneux; dans l'organisme d'un animal sensible (souris), le renforcement, lorsqu'il se produit, est beaucoup moins considérable, et n'atteint jamais la force du virus. Le renforcement du vaccin ne peut pas être attribué exclusivement à la sélection des bactéridies les plus fortes. Il doit être attribué aussi à un renforcement fonctionnel de ce microbe. PAUL TISSIER.

Variolo-Vaccine (Contribution aux rapports qui existent entre la variole et la vaccine), par Ch. HACCIUS (*In*-8°. *Paris*, 1892).

Se basant sur de nombreuses expériences personnelles, l'auteur aboutit à des conclusions en opposition avec celles de la Commission lyonnaise et de Chauveau. Il pense que la variole humaine inoculée au veau, peut, après plusieurs générations, donner lieu à des pustules ayant tous les caractères de l'éruption vaccinale du cow-pox. Il convient seulement d'ensemencer la variole chez les animaux par grandes surfaces pour obtenir un grand nombre de pustules utilisables.

Jamais cette variole-vaccine ne redevient éruption variolique. Elle a perdu le pouvoir de se généraliser. Inoculée à l'homme, après sept générations sur le veau, elle ne donne lieu qu'à des accidents locaux : on n'a pas à redouter le danger de diffusion variolique : l'éruption reste exactement limitée au point d'inoculation ; la maladie que l'on détermine ainsi chez l'homme est absolument identique à celle que l'on obtient en inoculant le cow-pox ou le vaccin humain.

On a émis la crainte que la variole-vaccine pût recouvrer un jour ces propriétés de virus variolique : ce retour à la malignité, affirme Haccius, n'est prouvé par aucun fait.

L'importance pratique de ces connaissances est très grande puisque, à défaut de cow-pox, il serait toujours possible, en temps d'épidémie, par exemple, de trouver une abondante souche vaccinale. P. BOULLOCHE.

Toxicité du vibrion avicide, par WOLKOW (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 5).

Les cultures en bouillon de ce microbe contiennent des substances toxiques distribuées en partie dans le liquide, en partie dans le corps des microbes. La toxicité des cultures stérilisées augmente par le séjour prolongé à la température ordinaire et par le chauffage : il se forme peut-être ici des poisons secondaires. Les substances toxiques spéciales sont retenues en partie par la porcelaine. La culture en masse est beaucoup plus toxique que le liquide filtré ou le résidu bactérien ; la toxicité du liquide varie généralement comme celle des cultures. En réunissant le liquide et le résidu, on peut restaurer la toxicité maxima de l'ensemble. Les poisons contenus dans le résidu passent lentement dans la dilution aqueuse. Celle-ci faiblement opalescente donne les réactions des corps albuminoïdes et contient du phosphore. Le poison avicide est probablement une nucléo-albumine. Il est impossible de dire si le poison du liquide filtré est identique à celui du résidu : les actions sont analogues, mais il s'agit ici de nuances très délicates et tout jugement est à réserver. GIRODE.

Ricerche sperimentali ed istologische sugli effetti delle iniezioni di culture sterili dello stafilococco piogeno aureo, par V. GIANTURCO et G. d'URSO (*Giornale della Associazione Napolitana di medici e di naturalisti*, 2e *année*, *fasc.* 4, *p.* 369).

Les cultures dans le bouillon du staphylocoque pyogène doré, stérilisées et injectées au cobaye et au lapin, soit dans le tissu cellulaire souscutané, soit dans les vaisseaux, ont des propriétés toxiques; l'intensité du pouvoir toxique varie suivant le mode de stérilisation, les cultures les plus toxiques sont celles qui ont été filtrées avec la bougie de Chamberland. L'effet le plus ordinaire de l'empoisonnement chronique par ces substances est le marasme; le foie présente les lésions suivantes : dégénérescence graisseuse, principalement des endothéliums vasculaires et, à un moindre degré, des cellules hépatiques, altération portant sur les noyaux des cellules endothéliales et sur le protoplasma des cellules hépatiques. Les lésions des reins sont de préférence de nature dégénérative, depuis la simple tuméfaction trouble jusqu'à la nécrose complète des éléments épithéliaux avec formation de cylindres rénaux.

GEORGES THIBIERGE.

Étude sur la virulence des streptocoques, par H. de MARBAIX (*La Cellule*, *VIII*, 2e *fasc.*, *p.* 257-301, 1892).

Les conclusions générales de ce travail sont les suivantes :

1° La virulence des streptocoques varie considérablement d'après la maladie dont ils proviennent. 2° D'une manière générale, plus la maladie est grave, plus le streptocoque est virulent. 3° La virulence se laisse très bien mesurer : *a*) par l'inoculation à l'oreille du lapin. Il faut tenir compte du nombre de succès, de la rapidité avec laquelle la dermatite se

déclare, de la rapidité avec laquelle la mort survient. *b*) Par l'inoculation dans les séreuses. Les microbes virulents amènent la mort par leurs propres forces, sans l'aide de liquides irritants. 4° La virulence d'un seul et même streptocoque est sujette à varier. Elle s'exalte par le passage à travers le lapin; elle diminue et s'éteint dans les cultures non repiquées. 5° Un streptocope déterminé acquiert d'autant plus vite un haut degré de virulence, qu'il est déjà plus virulent par lui-même. 6° Pour permettre aux variétés non virulentes d'acquérir des propriétés pathogènes, on peut les associer à des liquides irritants, tels que la bile. Ils parviennent alors à s'implanter dans l'économie. 7° Les streptocoques que l'on trouve dans la bouche sont habituellement peu virulents. On peut exalter leur pouvoir pathogène par le passage à travers les animaux. 8° La virulence n'est pas liée à un mode spécial de développement dans le bouillon. 9° Les travaux de von Lingelsheim et de Kurth sur la classification des streptocoques manquent de base, parce qu'ils n'ont pas tenu compte de la variation de la virulence. A. N.

Recherches sur les streptococcus pathogènes, par Mme O. SIEBER-SCHOUMOFF (*Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg, I, p.* 265, 1892).

On a trouvé dans une foule d'affections de l'homme et même des animaux, très différentes les unes des autres, des organismes en chaînettes qu'on a désignés sous le nom générique de streptocoques.

Nombre d'auteurs considèrent ces streptocoques comme un seul et même microbe ; d'autres les envisagent comme des espèces différentes ; cette dernière opinion tend à prévaloir et beaucoup de travaux ont été poursuivis dans ces derniers temps dans le but d'arriver à cette différenciation des streptocoques. Mais on doit avouer que les caractères différentiels invoqués ne reposent que sur de très légères variations dans la morphologie, l'aspect des cultures et l'action pathogène expérimentale. — Or, ce sont là des caractères qui varient pour un même microbe suivant la composition du milieu de culture, la présence ou l'absence d'air, l'âge de la culture.

L'auteur recherche donc entre ces divers organismes des caractères différentiels plus solides basés sur l'étude des produits de décomposition des hydrates de carbone et des matières albuminoïdes. Ces recherches ont été faites pour 3 des espèces les plus communes du streptocoque : le streptococcus de l'érysipèle, celui de la suppuration et celui de la scarlatine.

Mme Sieber-Schoumoff arrive aux conclusions suivantes :

1° Le streptocoque pyogène forme, avec les différents sucres solubles (sucres de lait, de raisin), une quantité variable d'acide lactique optiquement inactif, dont le sel de zinc contient 3 molécules d'eau de cristallisation. La quantité d'acide formé dépend du milieu de culture, de l'âge de la culture, de la présence ou de l'absence de l'air, de la lumière, etc..

Le streptocoque de l'érysipèle donne, dans les mêmes conditions, avec le sucre, de l'acide lactique actif dont le sel de zinc contenant 2 molécules d'eau de cristallisation, fait dévier à gauche le plan de polarisation (acide lactique dextrogyre).

2° Tous les autres caractères morphologiques, les propriétés biologi-

ques, pathogènes de ces 2 streptocoques sont identiques; ils ne décomposent ni les corps gras ni le salol.

Dans le bouillon nutritif ordinaire et dans les bouillons lactosés, ils forment une albumose toxique; cette propriété est un peu plus marquée pour l'albumose du streptocoque pyogène.

3° Le streptocoque de la scarlatine, très analogue aux 2 précédents, forme, comme le streptocoque de l'érysipèle, dans les milieux sucrés, de l'acide lactique actif; comme les 2 précédents, il forme de l'acide carbonique, mais en outre il forme de l'hydrogène. De plus, il se distingue des streptocoques de l'érysipèle et de la suppuration en ce qu'il décompose facilement et rapidement le salol.

4° Le streptocoque de la mammite sporadique des vaches laitières, décrit par Dzjerkowski, morphologiquement différent des précédents, donne avec les sucres de lait ou de raisin et avec la glycérine, de l'acide carbonique et un acide lactique optiquement actif.

Il y a donc, en résumé, entre ces streptocoques des différences assez nettes, qui ne disparaîtront que le jour où l'on démontrera qu'un seul et même microbe peut, dans des conditions identiques, former dans les milieux sucrés, tantôt un acide lactique optiquement actif, tantôt un acide lactique inactif. MOSNY.

Observations cliniques et recherches expérimentales sur le passage du bacille typhique de la mère au fœtus, par FRASCANI (*Rivista generale ital. di clin. medica*, p. 282 *et* 348, 1892).

Sur trois fœtus expulsés au cours de la fièvre typhoïde, Frascani a fait des recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques à l'effet de vérifier le passage du bacille typhique dans le sang et les organes de ces fœtus. Dans le premier cas, il a trouvé chez le fœtus un bacille court, doué d'une certaine mobilité, ne fluidifiant pas la gélatine, semblable à celui obtenu par les cultures faites avec le sang provenant de l'utérus après l'accouchement. Ces deux bacilles se rapprochaient plutôt du bacille d'Escherisch que du bacille d'Eberth, bien que n'ayant pas tous les spécifiques du bacterium coli.

Dans les deux autres cas, le bacille d'Eberth a été constaté; dans l'un de ces cas, le bacille d'Eberth avait pénétré jusque dans les organes du fœtus (rate, foie et intestins); dans l'autre cas, on le trouvait seulement dans le placenta qui présentait de nombreuses hémorragies punctiformes, et où on pouvait le suivre jusque dans la partie la plus rapprochée de l'amnios.

Avec le bouillon de culture obtenu à l'aide du sang de ce placenta, Frascani a fait des injections intra-veineuses chez des lapines et des femelles de cobaye gravides; il a retrouvé dans le sang et les organes de ces animaux, ainsi que dans le liquide amniotique, le sang du placenta et le parenchyme hépatique des fœtus, un bacille semblable au bacille inoculé.

Il pense, prenant en considération les résultats de ses recherches cliniques et expérimentales, que les lésions placentaires sont peut-être necessaires pour que la transmission du bacille au fœtus puisse s'effectuer, mais ne peut toutefois affirmer que cette condition soit indispensable. G. LYON.

Passage de la mère au fœtus du streptocoque de l'érysipèle et de l'infection puerpérale. Recherches expérimentales, par CHAMBRELENT et SABRAZÈS (*Journ. méd. de Bordeaux*, 25 *décembre* 1892).

Ces résultats positifs ont été recueillis sur une lapine pleine, inoculée dans la veine auriculaire avec une culture pure de streptocoque. Cinq jours après, du sang, recueilli au niveau de l'oreille, donna le streptocoque pyogène en culture pure. L'animal ayant succombé deux jours plus tard, l'examen du sang du cœur et du tissu de divers organes (foie, utérus, tissu des embryons), montrait des streptocoques dont la culture a tué par septicémie une autre lapine. Il résulte du premier de ces faits que le streptocoque est transmis de la mère au fœtus.

OZENNE.

Passage des plasmodies paludéennes de la mère au fœtus, par BEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 985, 26 *septembre* 1892).

Il y a dix-huit mois, un homme de 30 ans, sa femme et son enfant, émigrèrent dans une contrée marécageuse du Brésil. Là l'homme, puis la femme, furent pris d'accidents paludéens auxquels leur enfant succomba. De retour à Lisbonne, l'homme et la femme présentèrent à plusieurs reprises de nouveaux accès ; durant l'un d'eux, la femme accoucha d'un garçon âgé actuellement de quatre mois. Il y a cinq semaines, tous trois revinrent à Berlin. L'enfant fut reçu à la clinique d'Henoch ; bien qu'il ne présentât aucun symptôme de fièvre intermittente, on trouva dans son sang (ainsi que dans celui de sa mère) les plasmodies de l'impaludisme. J. B.

Passage des microbes à travers le placenta des femmes enceintes atteintes de variole, par AUCHÉ (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 *décembre* 1892).

Les deux faits suivants semblent prouver que des microbes, autres que celui de la variole, peuvent traverser le placenta.

Une variolique ayant avorté, le troisième jour de la période de suppuration, d'un fœtus de trois mois et demi, on fait des ensemencements avec du sang et du tissu hépatique de ce dernier, et l'on obtient plusieurs colonies de streptocoques. La mère étant morte vingt-six heures après l'avortement, pareils ensemencements sont faits et donnent les mêmes résultats; on trouve, en outre, dans le rein, les staphylocoques blanc et doré associés au streptocoque.

Dans le deuxième cas, il s'agit également d'une même malade qui avorte le quatrième jour de la période de suppuration. Le fœtus est sorti enveloppé de ses membranes restées intactes. Les expériences ont montré la présence du staphylocoque doré chez ce dernier après ensemencement du sang du cœur. Chez la mère, on a constaté le même microbe dans le sang, le staphylocoque blanc dans le foie et dans le rein, et le streptocoque dans l'utérus.

OZENNE.

Lithiase urinaire expérimentale, par TUFFIER (*C. R. de la Soc. de biol.*, 24 *décembre* 1892).

Ebstein et Nicolaier en faisant ingérer aux animaux de l'oxamide virent se développer des concrétions dans le rein. Tuffier répète les expériences. Il trouve des calculs urinaires et vésicaux formés aseptiquement, aussi bien stériles à la périphérie qu'au centre ; de plus il

constate une néphrite scléreuse diffuse frappant généralement les deux reins. Les corps étrangers, et surtout septiques, peuvent devenir le centre d'un calcul; l'état lisse ou rugueux de la surface constitue une condition essentielle. Le catgut se résorbe, tandis que la soie s'incruste. Il n'y a pas d'hypertrophie compensatrice dans les reins atteints de néphrite diffuse ; il y a chances de mort par urémie toutes les fois qu'un rein est supprimé dans ces conditions. DASTRE.

Tuberculose provoquée chez les lapins par les bacilles morts, son traitement par la tuberculine, par KOSTENITSCH (*Archiv. de méd. exp.*, *V*, 1).

L'inoculation de bacilles morts dans la chambre antérieure de l'œil du lapin provoque des effets un peu variables. L'effet irritatif peut amener la formation d'un épanchement purulent de la chambre antérieure ; les bacilles sont alors englobés, la tension du liquide refoule l'iris qui, dans ces conditions, n'est point envahi. Ailleurs, les bacilles pénètrent dans l'iris et la zone ciliaire pour y développer des tubercules typiques ; ceux-ci ne présentent aucune différence histologique d'avec les nodules tuberculeux engendrés par l'invasion des bacilles vivants. Cependant avec les bacilles morts, le développement est plus tardif, et d'autre part, les cellules géantes manquent souvent. L'injection intrapulmonaire des mêmes bacilles morts donne lieu à un développement tuberculeux analogue : il est à remarquer que, dans les cas où le produit injecté vient à tomber dans la plèvre, les bacilles sont englobés, digérés et inoffensifs. Du reste, dans tous les cas, le tubercule qui naît dans ces conditions est grêle, et tend vers l'état fibreux. La dégénérescence caséeuse manque. Les injections de tuberculine, déjà impuissantes à modifier l'évolution d'une tuberculose virulente à bacilles vivants, sont également sans effet lorsqu'on a injecté des cadavres de bacilles. La lésion locale développée alors, non seulement n'est point guérie par la tuberculine, mais continue son évolution sans être aucunement influencée.

GIRODE.

Sull'azione reciproca de prodotti solubili del bacillus tuberculosis e di altri microrganismi patogeni e non patogeni, par D. B. RONCALI (*Istituto d'Ig. speriment. d. R. Univ. di Roma*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, n° 18, *p.* 804, 15 *septembre* 1892).

Roncali a recherché s'il existait un antagonisme entre le bacille tuberculeux et 33 divers microbes pathogènes ou non.

Il a constaté que le bacille tuberculeux ne végète plus dans un sol nourricier (agar glycérinée) sur lequel ont poussé les staphylocoques aureus, albus, citreus, cercus flavus, les bacilles charbonneux, pyocyanogène, cyanogène, indien, fluorescent, prodigieux, la sarcine lutéa, l'oïdium albicans, les bacilles de la septicémie des souris, du rouget porcin, etc., et qu'il végète faiblement sur l'agar où ont poussé le streptocoque de l'érysipèle, le staphylocoque pyog. tenuis, le bacille diphtéritique, les vibrions du choléra asiatique et de Finkler, les bacilles pneumonique, typhoïdique, rouge de l'eau ; en revanche, il pousse parfaitement après les bacilles violacé et morveux.

Au point de vue morphologique, les bacilles tuberculeux ne semblent

pas avoir souffert du séjour sur un terrain déjà utilisé; mais sous le rapport biologique, les bacilles tuberculeux qui se sont trouvés en contact avec les produits de nutrition des staphylocoques pyogènes, aureus, albus et cereus flavus, des bacilles charbonneux, pyocyanogène, prodigieux, fluorescent et fluorescens liquefaciens, ne se développent pas lorsqu'on les transporte sur de l'agar ordinaire.

Les tubes soumis à la stérilisation fractionnée n'ont offert aucune différence.

Roncali a étudié ensuite l'effet des produits solubles du bacille tuberculeux sur la croissance des 33 microorganismes.

Il a été nul sur la plupart, à l'exception du staphylocoque citrin, du streptocoque érysipélateux, des bacilles cyanogène, fluorescent, morveux, et des bacilles de la septicémie des souris et du rouget porcin, dont le développement a été faible; du bacille violacé et de la sarcine lutea, dont le développement a été nul.

Roncali résume ainsi ses autres expériences : La dessiccation, l'épuisement du terrain et les modifications survenues dans sa reaction n'ont aucune influence sur les résultats. Le processus tuberculeux n'entrave nullement l'évolution du tétanos, de l'œdème malin et de la morve; en revanche, l'évolution du charbon est retardée chez les animaux tuberculeux en raison directe de la gravité des lésions tuberculeuses. Dans un cas où la totalité des organes était envahie par la tuberculose, l'infection charbonneuse n'a pu prendre pied. J. B.

Le sérum de chien dans le traitement de la tuberculose, par HÉRICOURT (*Archives de medecine, août* 1892).

Des travaux antérieurs de Richet et Héricourt ont établi que si le sérum de sang de chien n'a pas une action microbicide et curative dans la tuberculose pulmonaire, le sérum agit cependant comme un tonique et comme un reconstituant sérieux.

Cette action tonique du sérum de chien a été confirmée par les travaux de Baretta, Clado, Feulard, etc. etc, par Pinard qui a pu, grâce à l'emploi de ce sérum, diminuer la mortalité des nouveau-nés issus de femmes tuberculeuses.

Le sérum de sang de chien peut être comparé aux substances reconstituantes et dynamogènes, employées par Brown-Séquard.

Si des expériences antérieures avaient cru pouvoir faire considérer le sérum de chien comme vaccinant contre la tuberculose, c'est que la distinction n'avait pas été faite entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire. Réfractaire à la tuberculose aviaire expérimentale, le chien ne l'est nullement à la tuberculose humaine expérimentale.

Des expériences ont montré à Hericourt que les chiens vaccinés avec une culture de tuberculose aviaire, présentaient ultérieurement l'immunité contre la tuberculose humaine expérimentale.

En s'appuyant sur ces faits, il propose d'appliquer ces données à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire de l'homme et d'administrer aux tuberculeux le sérum de chiens vaccinés contre la tuberculose humaine par la tuberculose aviaire.

Cet essai therapeutique a été fait par Dieulafoy et a donné de bons résultats entre ses mains. RICHARDIÈRE.

I. — Die Zusammensetzung der Tuberculin (Composition de la tuberculine), par KLEBS (*Deutsch. med. Woch.*, n° 45, *p.* 1233, 1891).

II. — Einige Bemerkungen..., par LE MÊME (*Ibidem, p.* 1358, 1891).

III. — Ueber die Heilung der Tuberculose..., par LE MÊME (*XI° Congrès de médecine int. Leipzig*, 1892).

IV. — Ueber eine Tuberkulin-Tuberkulocidinbehandlung, par C. SPENGLER (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 305, 1892).

I. — Klebs s'est efforcé de séparer, dans la tuberculine brute, les substances curatives et les substances nuisibles à l'organisme humain. Ses procédés ont différé de ceux de Koch. Au lieu de mesurer, comme Koch, l'efficacité du remède d'après les effets toxiques obtenus chez les animaux et la réaction fébrile produite chez l'homme, il a considéré ces phénomènes comme résultant de la confusion des substances utiles et des toxines nuisibles.

Que sont, au point de vue chimique, ces substances nuisibles? Ce sont des alcaloïdes.

Au contraire le principe curatif est une albumose.

Pour séparer ces deux ordres de substances, Klebs traite la tuberculine brute par l'alcool absolu, puis il fait agir sur le précipité un mélange d'alcool, de chloroforme et de benzol cristallisé, lequel dissout les alcaloïdes.

De cette façon la lymphe est purifiée, elle ne contient plus les alcaloïdes nuisibles. On peut encore recueillir la substance curative en traitant par l'eau le précipité que donne l'alcool absolu.

La lymphe purifiée de Klebs a l'avantage de ne pas déterminer, comme la tuberculine purifiée de Koch, une réaction fébrile. Elle produit la régression des tissus tuberculeux et non pas leur nécrose (la nécrose, d'après Klebs, a pour effet la multiplication des bacilles, de là les crachats riches en bacilles chez les tuberculeux traités par Koch). Enfin elle réalsie ce que la tuberculine de Koch est impuissante à produire : la destruction des bacilles. De là le nom de *tuberculocidine* que lui donne Klebs.

Chez les 30 premiers phtisiques traités par la tuberculocidine, résultats satisfaisants : disparition de la fièvre, des sueurs, des crachats; aspect granuleux, fragmentation puis disparition des bacilles.

II. — Klebs reproche à Dönitz, qui a critiqué la tuberculocidine, d'avoir utilisé les alcaloïdes extraits de la tuberculine brute et non pas l'albumose qui est le principe curatif.

III. — Les cellules tuberculeuses, n'étant pas toujours frappées à mort, peuvent reprendre leur fonctionnement sous l'influence de la tuberculine ou de la tuberculocidine. Il faut éviter de produire la nécrose qui a pour résultat la multiplication des bacilles.

La tuberculine brute est constituée par trois ordres d'éléments: les ptomaïnes ou bases organiques, les albumoses et les peptones proprement dites. Ces dernières sont les substances curatives de la tuberculose; les premières sont nuisibles. Dans les albumoses il faut distinguer des substances nocives ou toxalbumoses et des substances

curatives ou sozalbumoses. (On voit que les termes employés par Klebs diffèrent ici de ceux qu'on a lus plus haut.)

La tuberculocidine, qui ne contient que des substances curatives, peut être injectée à dose massive (de 2 à 4 grammes) aux cobayes tuberculeux sans aucun dommage; elle provoque seulement une leucocytose peu accentuée. Au contraire, la dose mortelle de tuberculine de Koch était, pour les cobayes, de 0.50 centigrammes.

Quand les injections sont faites dès le début de l'infection tuberculeuse, on peut obtenir de bons effets avec de faibles doses (5 milligrammes au minimum). Pour un homme de 50 kilogrammes, la dose est de 0.50 centigrammes par jour.

Sur 130 phtisiques traités depuis une année, Klebs compte 17 0/0 de résultats mauvais, 22 0/0 d'améliorations médiocres, 50 0/0 d'améliorations très notables et 8 0/0 de guérisons.

IV. — La tuberculocidine de Klebs fait disparaître, en premier lieu, la dyspnée des phtisiques graves; ensuite elle combat utilement la fièvre hectique et régularise le pouls. Klebs s'est efforcé d'écarter la réaction inflammatoire que faisait naître la tuberculine de Koch; il a obtenu la destruction des bacilles.

L'auteur a combiné l'action des deux remèdes. Il a injecté un mélange de 1/10 à 1/50 de milligramme de tuberculine avec 5 à 20 milligrammes de tuberculocidine. Les injections ont été faites plusieurs jours de suite. Résultats favorables dans trois cas de tuberculose pulmonaire.

Chez un homme atteint de lupus de la face, et traité seulement pendant quelques jours, le processus curatif s'est affirmé rapidement.

L'action locale du mélange se produit sans s'accompagner nécessairement de fièvre. L. GALLIARD.

Sur une nouvelle méthode pour cultiver les bacilles de la tuberculose, par MORPURGO et TIRELLI (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 188, 1892, *et Archivio per le Scienze mediche, XVI, n°* 13).

La culture est placée dans de petits tubes en celloïdine; ceux-ci sont insérés sous la peau du dos ou dans la cavité péritonéale du lapin. Ils se remplissent bientôt d'une sérosité privée d'éléments cellulaires. On trouve après 20 jours ou plus, à l'une des extrémités du tube, des amas de bacilles en forme d'S, vivants et virulents. Ceux-ci proviennent d'une multiplication des bacilles ensemencés passés de la vie parasitaire à la vie saprophytique. DASTRE.

On the poisonous products of the tubercle bacillus, par PRUDDEN (*New York med. journ., p.* 281, 10 *septembre* 1892).

L'auteur a supposé que la prolifération cellulaire caractérisant le tubercule était due à l'action des bacilles eux-mêmes (on peut obtenir de tels amas cellulaires en faisant agir des bacilles privés de vie), tandis que la dégénérescence caséeuse était attribuable aux toxines du bacille de Koch.

Cette dégénérescence caséeuse fait défaut quand le tubercule a été créé artificiellement à l'aide de bacilles privés de vie. Peut-elle surgir dans ce tubercule sous l'influence de la tuberculine brute? C'est ce que Prudden a recherché.

Il a injecté dans les veines des lapins des bacilles préalablement tués, puis sous la peau il a injecté de la tuberculine. Les animaux furent sacrifiés du 5e au 35e jour. Nulle part, dans les tubercules, il n'y eut de dégénérescence caséeuse. Même résultat négatif lorsque les bacilles sans vie furent mélangés à la tuberculine et introduits dans la trachée; et lorsque la tuberculine ne fut injectée que plusieurs jours (de 8 à 32 jours) après l'inoculation bacillaire.

La tuberculine n'est donc pas susceptible de provoquer la dégénérescence caséeuse. L. GALLIARD.

Ueber Farbstoffproduction durch den Pneumokokkus (Production de couleur par le pneumocoque), par FAWITZKY (*Deutsches Arch. f. klin. Med., L, p.* 151, 1892).

En cherchant à isoler le pneumocoque dans un crachat, au moyen de l'inoculation à un lapin, F. obtint avec le sang des cultures de diplocoque, qui, dès le jour suivant, laissaient déposer un sédiment rouge brique. Le bouillon, après réensemencement, lui fournit un dépôt encore abondant de matière colorante, qui augmenta pendant 8-10 jours. Au microscope ce pigment est formé de masses amorphes, insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol, le xylol, l'alcool amylique, l'éther acétique, un peu soluble dans l'acide acétique glacial et l'acide phénique (qui paraît le modifier), soluble dans la potasse caustique à 30-35 0/0 (solution jaune), détruit par les acides minéraux forts. La formation de pigment est indépendante de l'accès de l'air; l'alcalescence du bouillon a sur elle peu d'influence. Ce pigment ne possède d'ailleurs pas les réactions du pigment sanguin, ni de ses dérivés. L'auteur a vu que par la série des cultures cette propriété chromogène se perdait. Il admet l'identité de son diplocoque avec celui de Talamon-Fränkel, en raison de l'identité de son mode d'action vis-à-vis du lapin, de sa forme lancéolée, de l'identité de son mode de culture. Il pense que la couleur rouge brique des crachats de pneumoniques n'est pas due, comme le croit Jürgensen, aux modifications du pigment sanguin, mais au pouvoir chromogène du diplocoque de la pneumonie. C. LUZET.

Untersuchungen ueber den Diplokokkus Pneumoniæ und verwandte Streptokokken, par W. KRUSE et S. PANSINI (*Zeitschr. f. Hyg. XI, et Hyg. Rundsch. II, p.* 556, 1er *juillet* 1892).

1° *Variétés du diplocoque pneumonique et leur variabilité.*—Quelques-unes de ces variétés sont sûrement des formes identiques : K. et P. ont trouvé les différentes variétés dans des poumons hépatisés de cadavres, dans des épanchements pleurétiques, dans des crachats pneumoniques, dans des crachats bronchitiques, dans la salive ou l'expectoration d'individus sains, dans les sécrétions d'un coryza subaigu, enfin dans l'urine d'un néphritique. Sur l'agar incliné, 30 variétés ont été cultivées jusqu'à la centième génération au moins.

Forme et disposition. — On rencontre tous les états intermédiaires entre le diplocoque lancéolé typique et le streptocoque pyogène; les formes bacillaires ne sont pas des formes de régression, mais le résultat

d'excès de croissance dans des cultures bien réussies; néanmoins, le diplocoque pneumonique ne doit pas être rangé parmi les bacilles.

Les formes d'une même culture, cultivées sur différents sols, ne se distinguent que très peu des premières générations. Quand le terrain nourricier est défavorable, les chaînes s'allongent, et il apparaît des formes régressives; celles-ci, d'ailleurs, se présentent aussi sur les sols les mieux préparés.

Par culture sur des sols artificiels, la forme lancéolée passe à la forme sphérique, et le diplocoque devient un streptocoque vrai. Les anciennes formes morphologiques ne reparaissent qu'autant qu'on a réussi expérimentalement à reproduire la virulence originelle. Les formes en chaînettes sont relativement inoffensives. La tendance à former des chaînes croît au fur et à mesure que la formation de capsules diminue.

Formation de capsules et aptitude tinctoriale. — Sur les préparations coloriées, la présence d'une aréole claire est une preuve décisive de l'existence d'une capsulation, mais il n'en est plus ainsi dans la goutte pendante. La formation de capsules pendant la croissance sur un sol nourricier artificiel, s'observe le plus souvent sur le sérum sanguin et le lait. Le diplocoque virulent mérite le qualificatif de capsulé.

Dans le traitement de Gram, le diplocoque pneumonique conserve sa coloration; aussi est-il très douteux qu'il soit le même que celui signalé dans la grippe par Kirchner (*R. S. M.*, XXXVIII, 494). Dans les cultures, les individus morts se laissent aussi colorier par les couleurs d'aniline, tandis que dans les tissus, l'inaptitude à prendre les couleurs correspond à la mort des coques.

Exigences du diplocoque en fait de sols nourriciers. — Elles sont assez grandes. L'alcalinité la plus favorable est représentée, pour le bouillon par 16 à 24 gouttes; pour l'agar, par 24 à 32 gouttes de la liqueur alcaline normale au 1/10 (soit par la quantité équivalente d'une liqueur sodique concentrée) par 5 centimètres cubes de sol. Mais en prolongeant les cultures, les facultés d'adaptation s'étendent; c'est ainsi qu'une variété a pu être poussée jusqu'à 100 générations en terrain acide.

Sur le bouillon, on distingue 4 formes de croissance des colonies, comprises entre un trouble sans sédiment et le développement de flocons et de lambeaux persistants dans le liquide parfaitement clair. Ces formes différentes, avec leurs intermédiaires, correspondent aux différents états, depuis les diplocoques virulents jusqu'aux longues chaînes.

Maintes variétés ne se développent jamais à basse température sur la gélatine, mais plusieurs d'entre elles peuvent y croître au bout de quelques générations. Exceptionnellement, on note un certain pouvoir de peptonisation et même une formation de pigment.

L'accroissement s'effectue dans le lait, qui s'est trouvé coagulé par 73 cultures sur 84. Il n'a pas lieu sur pommes de terre, et est inconstant dans le sérum sanguin et le liquide acétique.

La durée de vie oscille entre de très larges limites; elle est, en général, la plus longue sur l'agar en couches épaisses ou sur la gélatine. Parmi les variétés douées de longévité, il n'en est pas de virulentes.

La virulence du diplocoque, dans laquelle K. et P. établissent 4 degrés, peut souvent être exaltée par passage d'animal à animal, après

s'être affaiblie par les cultures sur milieux artificiels. Dans l'organisme humain, on peut rencontrer des variétés ayant gardé toute leur virulence, même dans d'anciennes lésions.

L'extrême variabilité du diplocoque pneumonique rend impossible l'établissement de variétés réellement distinctes; il n'est pas non plus possible d'affirmer que toutes ces variétés dérivent du diplocoque lancéolé capsulé. Les caractères de variabilité du diplocoque pneumonique le rapprochent beaucoup du streptocoque de l'érysipèle, de la suppuration et de la pneumonie. La conséquence pratique à en déduire, c'est qu'on ne doit pas considérer d'emblée comme une variété du streptocoque pyogène, tout microorganisme qui en offre les caractères morphologiques et culturaux.

2° *Conditions et évolution de l'infection diplococcique.* — Lapins. Plus l'animal est jeune, plus il est prédisposé à cette infection. La plus faible quantité d'un diplocoque très virulent le tue par septicémie. Les diplocoques moins vigoureux n'ont plus que des effets pyogènes. Les cultures filtrées ou stérilisées, même à hautes doses, ne provoquent pas de suppuration. Du sang des lapins rendus septicémiques, on extrait une toxalbumine qui peut, chez les animaux de la même espèce, produire de la mydriase, des convulsions cloniques et la mort.

Les cobayes, chiens et rats offrent une prédisposition beaucoup moindre; cependant, chez les premiers, on note de très grandes différences individuelles. Les souris passent pour les animaux les plus sensibles à l'infection; toutefois, il y a lieu de l'expliquer en grande partie par leur faible masse corporelle.

Un mouton, un cheval, de même que des poules et des pigeons, se sont montrés absolument réfractaires à l'infection.

Chez l'homme, la cavité buccale est presque constamment le siège de différentes variétés très virulentes du diplocoque pneumonique. D'une façon générale, l'homme ne présente qu'une faible prédisposition aux affections dues aux pneumocoques, malgré des exceptions individuelles.

3° *Immunité à l'égard du diplocoque pneumonique.* — Pour diminuer la réceptivité morbide, on peut recourir à l'un des moyens suivants : *a*) l'inoculation avec un virus non mortel; il survient alors au moins des abcès. Sur 39 lapins, l'immunité a été conférée à 6 de cette façon; *b*) l'inoculation de produits du diplocoque sur sol artificiel; *c*) l'inoculation de substances développées au cours de l'infection dans l'organisme animal. L'injection d'une lymphe préparée avec du sang de lapin a rendu réfractaires, pendant cinq mois, 3 lapins; *d*) l'inoculation du sérum d'animaux dotés de l'immunité.

K. et P. concluent de leurs expériences que la phagocytose n'est qu'un phénomène secondaire, n'influant pas directement sur les progrès de l'infection et dont le rôle salutaire est très douteux.

Sous le rapport de l'action chimiotaxique, les pneumocoques de virulence les plus divers se sont comportés absolument de même, aussi bien chez les lapins normaux que chez ceux dotés d'immunité.

Des expériences de culture du diplocoque dans le sérum de 27 lapins, 9 cobayes, 8 chiens, 1 mouton, et dans le liquide d'ascite, ont fourni le résultat que voici. Chez les animaux qui ont succombé à la septicémie, le sérum est tout à fait favorable au développement des diplocoques;

chez ceux qui ont guéri, le développement du diplocoque est restreint et irrégulier dans le sérum; enfin, le sérum des animaux qui n'ont ressenti aucun effet de l'infection tue les microorganismes. Donc une culture d'essai avec un diplocoque virulent dans le sérum sanguin donne la mesure assez juste de la réceptivité morbide d'un individu, et les propriétés du sérum sanguin sont vraisemblablement le facteur essentiel de l'immunité à l'égard du pneumocoque. J. B.

Contributo all' etiologia delle pleuriti, par S. PANSINI (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 16, *p.* 601, 1892).

P. a pratiqué l'examen bactériologique dans trente-deux cas de pleurésie ; deux fois la pleurésie était consécutive à de la néphrite, trois fois à des tumeurs du thorax. Il n'y avait dans ces cas aucun microorganisme dans l'exsudat.

Dans les vingt-sept cas restants, l'examen donna des résultats positifs dix-sept fois, négatifs neuf fois.

P. a trouvé dans quinze épanchements séro-fibrineux, six fois le bacille de Koch, trois fois le diplococcus pneumoniæ, une fois le streptococcus pyogène ; cinq examens négatifs.

Un épanchement séro-purulent, présence du bacille de Koch.

Quatre épanchements séro-sanguins : une fois le bacille tuberculeux, trois fois sans microbes.

Sept épanchements purulents : une fois le streptococcus pyogène, une fois le staphylococcus aureus, une fois le bacille tuberculeux, deux fois le diplococcus pneumoniæ, une fois les deux derniers microorganismes, une fois résultat négatif. A. CARTAZ.

Weitere Mittheilungen über den Erreger der Influenza, par PFEIFFER et BECK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 465, 1892).

Le bacille décrit par Pfeiffer (R. S. M. XXXIX, 491) se trouve dans les crachats et dans les parois des bronches. Dans le sang, contrairement à Canon, Pfeiffer et Beck n'ont pu le découvrir. Ces auteurs n'ont pas réussi à reproduire chez le lapin la septicémie annoncée par Chantemesse et due au bacille de l'influenza.

Pour obtenir plusieurs générations successives du bacille, il faut avoir recours à l'agar et déposer à la surface une goutte de sang provenant d'un sujet sain. Tout autre milieu de culture serait impropre : cette notion est utile au diagnostic. Pfeiffer pense que ni Kitasato, ni Babes, ni Bruschettini n'ont vu le bacille vrai de l'influenza.

Le bacille ne résiste pas à la dessiccation ; dans les crachats desséchés il meurt avant 40 heures. Dans les liquides, il suffit d'une température de 60° pour l'anéantir. Le chloroforme le détruit en quelques minutes.

On peut déterminer chez le singe, à l'aide des cultures, une maladie qui ressemble à l'influenza. L. GALLIARD.

Étiologie de la coqueluche, par V. GALTIER (*Lyon méd.*, 11 *décembre* 1892).

Dans les crachats recueillis chez onze personnes (dont sept enfants), atteintes de coqueluche, G. a observé de nombreux microbes arrondis,

réunis par deux ou en amas. Des cultures de ce microcoque ont été inoculées à une poule (salivation, mucosités nasales, malaise général), à un cobaye (mort au quatorzième jour, larynx enflammé), à un chien (infection par des pulvérisations ; quelques jours après, toux gutturale, quinteuse. On le tue et on constate de nombreux points de congestion sur les premières voies respiratoires, du catarrhe trachéo-bronchique). Dans les mucosités de ces trois expériences, de même que chez un lapin, G. a retrouvé le microbe de la coqueluche. A. CARTAZ.

Recherches sur la transformation des milieux nutritifs par les bacilles de la diphtérie et sur la composition chimique de ces microbes, par DZIERZGOWSKI t L. de REKOWSKI (*Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, n°s 1-2, *p.* 167, 1892).

Les auteurs recherchent si les albumoses toxiques du bacille de la diphtérie étudiées par Roux et Yersin, Lœffler et Klebs, Brieger et Frænkel, Proskauer et Wasserman sont des combinaisons chimiques, c'est-à-dire si la cause de leur toxicité est dans la structure particulière de ces molécules d'albumose, ou si ce n'est là qu'un mélange d'albumoses du bouillon de culture et des toxines produites par le bacille.

En cultivant le bacille de la diphtérie dans une solution aqueuse de peptone Chapoteaut à 20 0/0, on voit que cette peptone est décomposée en deux espèces d'albumines, l'une soluble (48,10 0/0), l'autre insoluble (51,90 0/0) dans l'alcool.

L'albumine insoluble est transformée par les bacilles en albumose toxique par suite d'une faible oxydation. L'albumose soluble est beaucoup plus profondément modifiée. On ne peut actuellement déterminer exactement la composition élémentaire des albumoses toxiques de la diphtérie, ni la nature de la matière toxique produite par le processus vital des bactéries. Il est possible que cette matière toxique soit un mélange de bases organiques et d'albumoses du milieu nutritif. On peut également admettre qu'il s'agit là d'une véritable combinaison chimique semblable aux alcali-albuminates. MOSNY.

Ueber Mischkulturen von Streptokokken und den Diphtheriebacillen (Sur le **mélange des cultures du streptocoque et du bacille de la diphtérie**), par **M. v. SCHREIDER** (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, *XII*, n° 9, *p.* 289, 1892).

La fréquente association de ces deux microbes dans la diphtérie a été notée par tous les auteurs qui ont étudié cette affection. Cornil et Babes attribuaient à cette association la généralisation de la diphtérie; Prudden et Northrup considéraient ce streptocoque comme le microbe de la diphtérie; Babes lui attribuait la production de la fausse membrane. Enfin, Roux et Yersin remarquèrent que l'association de leurs cultures rendait virulentes pour le cobaye les cultures du bacille de la diphtérie qui ne l'étaient pas.

En étudiant les cultures pures et les cultures mélangées de ces deux microbes, suivant la méthode de Nencki, dans les bouillons additionnés de sucre de raisin et de carbonate de chaux, l'auteur a obtenu les résultats suivants :

La quantité de sucre décomposé est sensiblement la même dans les

cultures mixtes et dans les cultures pures ; dans toutes les cultures, on trouve des traces d'alcool, et des acides volatils obtenus sous forme de sels d'argent en quantité si faible que leur nature n'a pu être déterminée. Dans les cultures mixtes, on obtient une égale quantité d'acide lactique, et un lactate de zinc qui dévie à gauche la lumière polarisée et cristallise avec deux molécules d'eau : c'est donc un paralactate de zinc.

Au contraire, Sieber avait obtenu dans les cultures pures du streptocoque, et mixtes du streptocoque et du B. Anthracis, un acide lactique inactif.

L'auteur en conclut que dans les cultures mixtes du bacille de la diphtérie et du streptocoque, ce coccus ne produit pas d'acide lactique inactif, ou que s'il en produit, celui-ci se divise en acide lactique droit et gauche; l'acide lactique gauche serait détruit par le bacille de la diphtérie, et il ne resterait que l'acide sarcolactique qui est un acide paralactique droit, qui, on le sait, à l'état de sel (paralactate de zinc) dévie à gauche la lumière polarisée.

V. Schreider a ensuite étudié comparativement les albumoses des cultures mixtes et des cultures pures de ces deux microbes ensemencés dans le liquide de Nencki (solution de peptone à 2 0/0).

Les cultures mixtes filtrées au filtre Chamberland, mais concentrées, donnent avec l'alcool un précipité beaucoup plus virulent que celui obtenu avec les cultures pures du bacille de la diphtérie, puisqu'il tue les cobayes en 10 heures au lieu de 36 heures, et les lapins en 2 heures au lieu de 24 heures, à la dose de $0^{gr},4$ de substance sèche introduite sous la peau.

Comme Sieber, l'auteur a provoqué chez le lapin, une paralysie temporaire du train postérieur, par l'injection des albumoses des cultures pures du streptocoque (de l'érysipèle ou de la suppuration) ; de plus, il a obtenu par l'injection des mêmes doses des albumoses des cultures mixtes de ce coccus et du bacille de la diphtérie, des paralysies plus rapides, plus accentuées et toujours mortelles.

Ces résultats concordent donc avec ceux de Roux et Yersin et montrent l'exaltation de la toxicité des cultures mixtes du bacille de la diphtérie et du streptocoque. MOSNY.

Modification de la pression artérielle sous l'influence des toxines pyocyaniques, par CHARRIN et TEISSIER (*Académie des sciences*, 23 *janvier* 1893).

L'injection sous-cutanée, à l'homme, de toxines pyocyaniques élève la pression artérielle. Cette élévation est directement proportionnelle à l'âge de la culture, à la richesse du bouillon en albuminoïdes, à la quantité introduite sous la peau ; elle est également plus marquée si le liquide contient le protoplasma microbien. Ces augmentations de pression sont passagères. MOSNY.

Ist die Milz von Wichtigkeit bei der experimentellen Immunisirung... (La rate a-t-elle une action dans l'immunisation expérimentale du lapin contre le bacille pyocianique?, par A. A. KANTHACK (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, *XII*, *n*os 7-8, *p.* 227, 1892).

L'ablation préalable de la rate n'exerce aucune influence sur la vacci-

nation ultérieure contre l'infection pyocyanique, quelle que soit d'ailleurs la méthode de vaccination employée.

L'ablation de la rate, qu'elle précède ou suive l'injection vaccinante, n'exerce aucune influence sur l'immunité acquise contre le bacille pyocyanique.

La splénectomie ne modifie ni la leucocytose, ni la courbe thermique.

MOSNY.

Influence de quelques gaz délétères sur la marche de l'infection charbonneuse, par CHARRIN et ROGER (*Académie des sciences*, 12 *septembre* 1892).

Les auteurs montrent par une série d'expériences faites sur le cobaye que l'inhalation de gaz délétères, tels que l'oxyde de carbone ou les produits volatils qui prennent naissance pendant la combustion de la paille, n'influencent pas l'évolution du charbon bactéridien virulent, mais rendent possible le développement du charbon atténué. MOSNY.

Sur les albumoses et les toxalbumines sécrétées par le bacille charbonneux, par E. HANKIN et F. F. WESBROOK (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 9, *p.* 633, 25 *septembre* 1892).

Le bacille du charbon peut produire une diastase protéolytique. Cette diastase agit sur les matières pratiques, en les décomposant avec formation d'albumoses. Les albumoses, ainsi obtenues n'ont aucun pouvoir immunisant. Le bacille du charbon peut produire une autre albumose directement, c'est-à-dire sans l'intervention d'une diastase. MM. Hankin et F. Vesbrook ont pu obtenir cette albumose à un état de pureté relative, c'est-à-dire sans mélange avec les albumoses de digestion, en cultivant le bacille dans une solution de peptone pure.

Cette albumose, à des doses très petites, confère aux souris le pouvoir de résister à la maladie charbonneuse, pouvoir, qui, quelquefois, peut aller jusqu'à l'immunité complète, mais le plus souvent se manifeste par un survie considérable. Cette albumine, à doses ordinaires, ne produit aucun symptôme d'empoisonnement chez les animaux sensibles au charbon. Chez les animaux qui jouissent d'une immunité relative contre la maladie charbonneuse, comme le rat, la grenouille, l'écrevisse, cette albumine agit comme un toxique énergique; les rats jeunes, au contraire, sensibles au charbon, ne sont pas empoisonnés par cette substance. PAUL TISSIER.

Transmission héréditaire de caractères acquis par le bacillus anthracis sous l'influence d'une température dysgénésique, par M. C. PHISALIX (*C. rendus de la Soc. de biol.*, 26 *mars* 1892).

La chaleur peut être utilisée comme un nouveau moyen de production du charbon asporogène. Les modifications légères imprimées à ce microbe peuvent devenir permanentes au bout d'un certain nombre de générations et il se produit, dans ces conditions, une véritable accumulation des influences héréditaires. DASTRE.

Section des nerfs et infection charbonneuse, par FRENKEL (*Arch. de méd. exp. IV*, 5).

Lorsque le virus charbonneux a été inoculé à l'oreille du lapin, en réalisant la paralysie vaso-motrice dans cette oreille par section nerveuse sympathique, on retarde l'évolution de l'infection; les animaux meurent d'autant plus lentement que l'inoculation a suivi de plus près la section nerveuse. L'abolition de la sensibilité a un rôle moins précis; car des filets sympathiques ont été intéressés dans la section des nerfs sensitifs. En faisant la part de l'influence retardante de ces derniers, il semble que la perte de la sensibilité de l'oreille accélère l'évolution du processus charbonneux, et cela d'autant plus sûrement que l'anesthésie sera plus ancienne. D'ailleurs il faut bien reconnaître que la réceptivité individuelle et la virulence des cultures jouent un rôle bien plus considérable. La section sympathique semble conférer une certaine tendance vers l'immunité, et la section sensitive faire l'inverse : mais, en réalité, c'est surtout affaire de terrain. Après comme avant la section nerveuse, la dissémination bacillaire se fait surtout par la voie lymphatique au début.

GIRODE.

Zum Lehre vom Milzbrand (Charbon), par WISSOKOWICZ (*Fortschritte der Medicin*, nos 11 *et* 12, 1892).

Dans certains cas de pustule maligne chez l'homme, les bacilles caractéristiques disparaissent et ne peuvent plus être retrouvés dans la lésion locale, ni par l'examen microscopique, ni par les cultures. Le passage des bactéridies dans le sang se fait très probablement par l'intermédiaire du réseau lymphatique. Celles qui persistent dans le sang à la fin de la maladie ne sont pas détruites dans le foie ni dans la rate, comme il arrive chez les animaux auxquels on injecte une culture de bactéridie charbonneuse; l'organisme réagit contre le virus charbonneux par l'intermédiaire des cellules fixes du tissu conjonctif, mais surtout grâce aux propriétés microbicides des humeurs et du sang en particulier.

P. BOULLOCHE.

Contribution à la biologie du bacille typhique, par BLACHSTEIN) *Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, nos 1-2, *p.* 199 *et* 299, 1892).

L'auteur n'a employé que des bacilles typhiques provenant de la rate d'un typhique mort récemment.

Le bacille typhique ne coagule pas le lait stérilisé : c'est un caractère constant. Si l'on cultive ce bacille dans le milieu de Nencki (glycose 5 0/0, peptone 1 0/0, carbonate de chaux 2,5 0/0), on constate, après trois semaines de séjour à l'étuve de 37° à 40°, qu'il n'y a dans ce milieu ni alcool, ni acide volatil. Mais après addition d'oxyde de zinc, on constate la présence en très faible quantité d'un lactate de zinc cristallisant avec 2 molécules d'eau, et qui dévie à droite le plan de polarisation, ce qui correspond à l'acide lactique lévogyre. Cet acide est identique à celui isolé par Schardinger dans les produits du bacille qu'il a étudié. Mais actuellement, le bacille typhique est le seul microbe pathogène connu qui produise cet acide lactique lévogyre.

Si l'on veut faire une contre-épreuve, on peut mélanger à quantités égales ce lactate de zinc dextrogyre avec un lactate lévogyre venant, par exemple, d'une culture de streptococcus mastitidis sporadicæ: on obtient un sel optiquement inactif. Cela démontre encore que le sel de zinc des cultures du bacille typhique est bien un sel d'acide lévogyre.

Au contraire, le bacterium coli fait très activement fermenter le lait, et donne de l'acide paralactique dextrogyre en bien plus grande quantité que l'acide lévogyre que donne le bacille typhique. Ce sont donc bien là deux microbes différents, bien qu'ils soient unis par des liens étroits de parenté.

L'auteur a étudié la fermentation de la glycose déterminée par le bacille d'Eberth sur 3 catégories de ce bacille :

1° Des cultures vieilles de bacilles conservés dans le laboratoire et ayant perdu leur virulence par les réensemencements successifs ;

2° Des cultures récentes provenant de bacilles recueillis dans la rate, de typhiques après la mort;

3° Des cultures récentes provenant de bacilles recueillis dans les selles des typhiques pendant la vie.

Les bacilles de ces 3 catégories présentent tous les caractères du bacille d'Eberth : de plus, ils sont tous morphologiquement semblables ; ils sont mobiles, se colorent et se décolorent par les mêmes réactifs. Tous font fermenter la glycose en donnant de l'acide paralactique lévogyre. Mais tandis que la quantité de l'acide formé est considérable pour le bacille de la 3e catégorie, elle est beaucoup moins abondante pour la 2e catégorie ; le bacille de la première catégorie n'en donne que des traces.

Or, comme la virulence des microbes est parallèle à leurs propriétés fermentatives, on voit que les bacilles recueillis dans la rate des cadavres se comportent comme des bacilles atténués.

On ne peut donc identifier le bacille coli au bacille typhique, puisque le bacille coli fait fermenter la glycose en donnant de l'acide lactique dextrogyre. L'auteur n'a jamais pu obtenir ce que les Lyonnais appellent l'éberthisation du bacille coli.

On ne retrouve dans l'intestin normal aucune bactérie capable de former de l'acide paralactique lévogyre. En outre, parmi les microbes de l'intestin normal, on ne doit, avec Nencki et Tavel, considérer comme bacille coli que celui qui donne de l'acide lactique dextrogyre : tous les autres capables de faire fermenter la glucose, donnent de l'acide inactif.

Il n'est pas impossible, d'autre part, que le bacille typhique soit un parasite normal de l'intestin d'un de nos animaux domestiques.

En somme, la formation d'acide lactique lévogyre dans les milieux glycosés constitue un caractère très important pour le bacille typhique. Elle est en rapport avec la virulence : les bacilles des cadavres se comportent comme des bacilles atténués. Le bacille typhique est absolument différent du bacille coli. MOSNY.

Ueber Immunität gegen Abdominaltyphus, par R. STERN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 37, *p.* 827, 1892).

1° Le sang des sujets récemment atteints de fièvre typhoïde a-t-il une action bactéricide sur le bacille d'Eberth? L'auteur a fait des recherches sur le sang de cinq convalescents. Le sérum sanguin d'un de ces sujets était absolument dénué de toute action bactéricide; celui des quatre autres n'avait qu'une action affaiblie;

2° Ce sang a-t-il la propriété de guérir, chez les animaux, l'infection produite par le bacille d'Eberth? mêlé au bouillon de culture, le sérum sanguin de quatre convalescents s'est montré parfaitement efficace : il a arrêté au bout de 24 heures le développement des manifestations typhoïdiques et les animaux ont guéri. Le sérum sanguin d'un autre convalescent n'a fait que retarder la mort des animaux en expérience (il faut dire que l'inoculation n'a eu lieu que 6 jours après la saignée faite au malade). Enfin le sérum d'un typhique apyrétique depuis 8 jours et celui d'un homme guéri depuis longtemps de la fièvre typhoïde sont restés sans effet;

3° Ce sang peut-il rendre inoffensives les toxines du bacille d'Eberth? Une solution stérilisée de toxine typhique, qui tuait les souris lorsqu'on l'injectait isolément, est devenue inoffensive quant on l'a mélangée au sérum sanguin de trois convalescents de la fièvre typhoïde.

Il est indispensable de multiplier les expériences sur les animaux avant d'appliquer les notions à la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

L. GALLIARD.

Etudes sur la fièvre typhoïde expérimentale, par J. SANARELLI (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 11, *novembre* 1892).

Les bacilles de la fièvre typhoïde humaine, tels qu'on les obtient directement de l'organisme malade, se montrent peu actifs chez les animaux. Il s'agit de savoir si cela dépend d'une résitance naturelle des animaux, ou plutôt d'une atténuation que le virus subirait dans l'organisme humain; mais la rapidité avec laquelle un virus typhique, même très actif, perd son pouvoir pathogène s'il n'est pas cultivé, sans interruption, dans l'organisme animal, tend à démontrer que le bacille d'Eberth est doué d'une virulence individuelle assez instable.

Les produits toxiques de quelques saprophytes sont propres à favoriser le retour à la virulence des bacilles typhiques. Or, la circonstance que ces saprophytes sont les hôtes habituels de l'intestin, où ils peuvent parfois se multiplier démesurément, fait entrevoir la possibilité d'une réaction importante entre le saprophytisme intestinal et la fièvre typhoïde. — Le virus typhique rendu pathogène par l'action des produits toxiques des saprophytes ou par des passages successifs à travers le péritoine de quelques espèces animales est à même de développer dans ces dernières un processus morbide caractérisé par la multiplication et la diffusion des microbes dans l'organisme entier.

Les lapins, les cobayes et les souris sont susceptibles de prendre la fièvre typhoïde expérimentale à la suite de l'inoculation du virus sous la peau, dans le péritoine ou dans les veines; cette infection dure d'or-

dinaire de 12 à 48 heures : elle est caractérisée par une très courte hyperthermie suivie d'une longue période de collapsus. — Le virus typhique peut déterminer des altérations morbides caractéristiques dans tous les organes et dans tous les tissus, mais l'organe qui est toujours le plus frappé, quelle que soit la voie d'introduction du virus, est l'appareil digestif, et particulièrement l'intestin grêle. Cette circonstance éloigne l'idée que la fièvre typhoïde tout en étant une maladie intéressant l'intestion, doive toujours être considérée comme provenant d'une infection par la voie du tube alimentaire.

Le bacille d'Eberth ne peut être considéré comme un véritable parasite du sang (tel que la bactéridie charbonneuse) ni comme un parasite des tissus (tel que le bacille du charbon symptomatique.) Il ne doit pas être considéré non plus comme l'agent d'une maladie strictement toxique (comme le tétanos et la diphtérie). Le sang ne fonctionne que comme véhicule, et ne reste complètement envahi qu'alors que le virus typhique déploie le maximum de sa virulence, et l'organisme malade, le minimum de sa résistance.

Lorsque les bacilles typhiques ne sont pas assez virulents pour déterminer un processus morbide aigu et rapidement mortel, ils restent longtemps dans l'organisme et favorisent la manifestation d'un processus chronique, caractérisé par de petits foyers de suppuration, susceptibles de guérir ou de déterminer une lente cachexie qui finit par la mort. Pendant cette période chronique de l'infection typhique, alors même que la petite extension des foyers suppuratifs et par conséquent leur petit nombre, et l'atténuation des microbes restés parmi les tissus donneraient la certitude d'une prochaine guérison, l'injection en petit des produits toxiques de saprophytes, amène le retour à la virulence des microbes, l'envahissement de l'organisme et la mort de l'animal.

Les animaux susceptibles d'une infection typhique peuvent être vaccinés contre elle au moyen d'injections fractionnées d'une certaine quantité de cultures stérilisées en bouillon, faite avec des bacilles très virulents. La vaccination obtenue de cette façon offre des garanties absolues de bonne réussite.

Le sérum des animaux vaccinés contre l'infection typhique est doué de propriétés thérapeutiques manifestes. Il peut entraver tout à fait le processus morbide, lorsqu'il précède ou accompagne l'injection du virus; il peut aussi empêcher le cours de l'affection lorsqu'il a été injecté aussitôt que les premiers symptômes de la maladie se manifestent. PAUL TISSIER.

Étude expérimentale sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeutique, de l'infection typhique, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 11, 25 *novembre* 1892).

On peut, par un procédé simple (inoculations successives au cobaye de cultures de bacille typhique et de streptocoques), exalter la virulence d'un bacille typhique inactif et déterminer avec lui chez le lapin, et surtout chez le cobaye, une septicémie rapidement mortelle. Il est facile, par l'injection sous-cutanée de cultures typhiques stérilisées par l'ébullition, de donner aux animaux l'immunité contre le virus typhique. Le bacille d'Eberth, dont la virulence est exaltée par le passage suc-

cessif à travers le corps des animaux, provoque chez eux une infection typhique expérimentale caractérisée par la prolifération du microbe dans toute l'économie.

Les produits solubles de divers microbes, commensaux habituels de l'homme (streptocoque, etc.), injectés aux animaux, favorisent l'infection par le bacille d'Eberth, même lorsque celui-ci est peu virulent. Leur action adjuvante joue un grand rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Elle nous explique l'éclosion de la maladie sous l'effort de causes restées obscures dans leur mécanisme et qui, jusqu'ici, faute d'être déterminées avec précision, sont rangées sous la dénomination de spontanéité morbide.

Le sérum des animaux vaccinés par les produits solubles des cultures de bacilles d'Eberth possède des propriétés immunisantes contre l'action de ce virus. L'injection de ce sérum donne l'immunité au bout de quelques heures, mais cette action préventive est peu persistante, et déjà elle est perdue au bout d'un mois. Ce même sérum possède contre l'infection typhique expérimentale des propriétés curatrices. Ce pouvoir thérapeutique dépend de la dose de sérum utilisé et surtout du temps écoulé entre l'inoculation virulente et le début du traitement. Quand l'infection typhique évolue en quinze et vingt heures, la séro-thérapie, qui n'intervient pas avant la sixième heure après l'infection, ne peut empêcher la mort.

Les animaux guéris d'une infection typhique par le sérum immunisant restent très sensibles, non pas au bacille d'Eberth, mais aux toxines sécrétées par lui. Parfois le sérum des animaux sains présente des propriétés préventives et même thérapeutiques contre l'infection typhique expérimentale. Mais ces propriétés ont une action moins sûre et moins énergique que celle du sérum des animaux vaccinés. Le sérum de l'homme qui est au déclin ou qui est guéri de la fièvre typhoïde depuis quelques semaines, depuis quelques mois, depuis quatre ans, depuis vingt-deux ans, possède des propriétés préventives et thérapeutiques contre l'infection typhique expérimentale : six résultats positifs sur six recherches. Le sérum de l'homme qui n'a pas eu la fièvre typhoïde, quel que soit son âge, n'est pas, en général, doué du même pouvoir. Les auteurs ont observé une exception sur trois.

Dans deux cas, chez l'homme, la séro-thérapie, même à dose élevée, pratiquée au onzième et treizième jour de la maladie, avec le sérum d'animal immunisé, n'a pas arrêté l'évolution morbide. Dans une infection à marche lente, comme la dothiénentérie, où l'on pouvait espérer que le sérum inoculé aurait le temps d'agir, nous voyons que la méthode séro-thérapeutique n'a pas donné de résultats plus favorables que dans une maladie à évolution rapide, comme le tétanos. P. TISSIER.

I. — Sur l'hématozoaire du paludisme, par ARNAUD (*C. rendus de la Société de biologie, p.* 289, 2 *avril* 1892).

II. — De l'hématozoaire du paludisme et de son importance en clinique, par SOULIÉ (*Ibidem,* 23 *juillet* 1892).

III. — Parasites des fièvres palustres. Signification des corps en croissant, par A. LAVERAN (*Ibidem*, 12 *et* 26 *novembre* 1892).

I. — 1° Les diverses formes sous lesquelles s'observe l'hématozoaire

de Laveran ne sont que des états successifs d'un même parasite polymorphe, et non point des espèces différentes; 2° la présence de l'hématozoaire sous une de ses formes connues est constante quand on peut pratiquer l'examen du sang au début d'un accès, et chez un malade qui n'a pas pris de quinine depuis quelque temps; 3° la recherche de l'hématozoaire a une très grande importance au point de vue clinique. La constatation des éléments parasitaires permet toujours d'affirmer l'existence du paludisme.

II. — L'hématozoaire du paludisme se rencontre d'une manière constante dans les formes aiguës du paludisme. On ne le trouve que chez les malades atteints de fièvre paludéenne. Son existence est plus difficile à constater en hiver et au printemps, dans les fièvres de récidive. On le trouve cependant dans le sang des malades présentant des accès. Sa présence est pathognomonique.

Chez tous les malades à fièvre intermittente récemment contractée, ou récemment récidivante, on trouvera le parasite sous l'une de ses formes, ainsi que les leucocytes mélanifères, témoignage et résultat de sa présence.

III. — L'auteur conclut à l'existence d'un parasite unique, mais polymorphe. Les corps en croissant sont l'une des formes de l'hématozoaire du paludisme et non des parasites d'une espèce particulière. Le parasite existerait dans le sang sous deux formes principales (modifiées par l'intervention de la quinine) : 1° corps amiboïdes libres dans le sérum ou accolés aux hématies; 2° corps enkystés dans les hématies prenant d'abord la forme sphérique, puis la forme en croissant. DASTRE.

Weiterer Beitrag zur Kenntniss des Malariaerregers, par KAMEN (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XII*, 1, *p.* 57, 1892).

Golgi admet que l'accès de fièvre paludéenne est dû à la multiplication des germes; l'auteur est arrivé au contraire à cette conclusion que la multiplication ne précède pas l'accès fébrile, mais se fait pendant sa durée, en sorte qu'on ne peut trouver les jeunes parasites qu'à la fin de l'accès. Il n'admet pas l'unité du germe; mais pense, comme Golgi, que celui-ci varie suivant la forme. Dans la fièvre quarte, la division se fait en 6 ou 8 cellules jeunes, dans la tierce en un nombre au moins double de cellules. Dans la fièvre irrégulière, il s'agit d'une infection mixte. Il admet enfin, à l'inverse de Laveran, que les plasmodies ne sont pas accolées aux globules, mais siègent à leur intérieur. C. LUZET.

Observations sur des cobayes immunisés par les vaccins anticholériques vivants, par G. JAWEIN (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 10, *p.* 708, 25 *octobre* 1892).

1° Les cobayes immunisés supportent impunément des doses de 12 à 16 fois mortelles de virus exalté (la dose mortelle de virus exalté étant de 1/24 à 1/32 de tube); l'immunisation contre la dose mortelle peut s'obtenir avec des doses de vaccin bien inférieures à celles adoptées comme normales; l'immunisation contre la dose mortelle peut s'obtenir même par le vaccin atténué seul. L'inoculation sous-cutanée de cadavres de microbes tués par la chauffage, peut conférer l'immunité contre le vaccin

vivant; l'injection de microbes dans la cavité péritonéale produit chez les cobayes vaccinés ainsi que chez les non vaccinés un fort abaissement de température. Cet effet doit, par conséquent, être considéré comme n'étant par en rapport direct avec l'intoxication cholérique proprement dite, et peut être rapproché de celui que l'on observe après l'injection intrapéritonéale de cultures de microbes inoffensifs, tels que le proteus vulgaris, le bacillus subtilis et autres. Le rétablissement des cobayes vaccinés se manifeste par une élévation de température; mais il est probable que l'effet toxique du microbe injecté est déjà neutralisé longtemps avant que cette élévation se produise;

2° Un cobaye infecté par le péritoine à l'aide d'une dose non mortelle de virus atténué acquiert l'immunité contre l'infection mortelle. — D'après les recherches antérieures de Haffkine, l'immunité, par ce moyen d'inoculation peut s'obtenir en un jour. Malheureusement les grands dangers que ce mode d'inoculation fait courir au sujet, le rendent impraticable à l'homme. Le procédé des injections sous cutanées, adopté dans toutes les vaccinations pastoriennes, est évidemment le seul possible dans la pratique.

P. TISSIER.

I. — Le choléra asiatique chez le cobaye.

II. — Le choléra chez le lapin et le pigeon.

III. — Inoculations de vaccins anticholériques à l'homme, par W. M. HAFFKINE.

IV. — Choléra chez les chiens, par N. GAMALEIA (*C. R. de la Soc. de biol.*, 9-16-30 *juillet* 1892).

V. — A propos de la communication de M. Haffkine sur le choléra asiatique, par J. FERRAN (*Ibidem*, 15 *octobre* 1892).

VI. — Remarques sur la note de M. Ferran, par A. CHAUVEAU (*Ibidem*).

VII. — Immunité contre le choléra conféré par le lait, par N. KETSCHER (*Ibidem*, 29 *octobre* 1892).

I. — L'auteur applique au choléra asiatique la méthode d'exaltation ou d'atténuation employée dans le laboratoire Pasteur au choléra des poules, au charbon, au rouget du porc, à la diphtérie.

L'exaltation du virus cholérique par passage de l'animal à l'animal s'obtient en prenant la culture sur gélose, en l'introduisant dans la cavité péritonéale du cobaye ; puis en injectant la sérosité péritonéale recueillie après la mort et exposée quelques heures à l'air, dans le péritoine d'autres animaux. On arrive ainsi à avoir un virus fixe, vingt fois plus toxique qu'au début. L'inoculation intra-musculaire et sous-cutanée produit un œdème et une mortification locale sans retentissement général.

D'autre part, le virus s'atténue par culture à 39° à l'air, dans du bouillon nutritif. Il faut réensemencer tous les deux ou trois jours. On arrive à ne plus produire de nécrose par injection.

Une inoculation préalable de ce virus atténué rend l'animal réfractaire au virus exalté, et après cette épreuve, réfractaire au virus cholérique sous quelque forme qu'il pénètre.

II. — Les mêmes procédés sont applicables au lapin et au pigeon.

III. — Haffkine s'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané une

quantité de vaccin supérieure à celle qui immunise les lapins, cobayes, etc. Les effets sont : malaise, chaleur, sécheresse de la bouche, coloration de l'urine pendant 24 heures. — Chez d'autres personnes, l'inoculation se montre également sans danger. Chez l'une d'elles, après 6 jours, on inocule le virus exalté ; cette fois, pas de réaction.

IV. — Les chiens sont sensibles à l'infection cholérique. On injecte dans les veines la culture toxique, ou exaltée par passage dans la plèvre des cobayes et des rats. — La maladie ainsi produite a de grandes analogies avec celle de l'homme : diarrhée sanguinolente, riziforme, vomissements, crampes, mort.

Les chiens sont encore remarquables par la facilité avec laquelle ils deviennent réfractaires au virus cholérique, après une injection insuffisante.

V. — Réclamation de priorité du Dr Ferran contre Haffkine et Gamaléia.

Il déclare que la méthode la plus pratique pour conférer l'immunité à toute une population consisterait à infecter les eaux potables avec de grandes quantités de culture atténuée du bacille-virgule. La disparition spontanée du choléra tient à ce que la masse de la population contaminable se trouve vaccinée.

VI. — Chauveau reconnaît la priorité de Ferran. Il s'élève contre le procédé préconisé par Ferran et qui risquerait de donner naissance à des bacilles exaltés, et en second lieu de créer pour l'avenir des foyers d'infection en réserve.

VII. — On vaccine des chèvres avec des cultures virulentes de choléra. L'injection de 5 centimètres cubes de leur lait vaccine le cobaye et le rend réfractaire à une dose, sans cela mortelle. Le lait de chèvre non vaccinée n'a aucun pouvoir immunisant. DASTRE.

Expériences sur les vaccins phéniqués de Haffkine, par TAMAMCHEFF (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 10, p.* 712, 25 *octobre* 1892).

Les vaccins phéniqués d'Haffkine conservent leur propriété immunisante pendant au moins 18 jours après leur préparation. L'immunité conférée par les vaccins paraît ne le céder en rien à celle obtenue par le moyen de vaccins vivants. Le toxicité des vaccins anticholériques se trouve de beaucoup diminuée par le fait de la carbolisation, ce qui se manifeste non seulement par l'atténuation de la réaction locale, consécutive à l'action sous-cutanée, mais encore par une forte diminution dans l'effet produit par les injections intrapéritonéales. La réaction fébrile produite dans le corps humain par les vaccins phéniqué et vivant est strictement analogue, ce qui permet de conclure à une analogie mutuelle entre l'action immunisatrice de ces sortes de vaccins. P. TISSIER.

eber die Uebertragung von Immunität durch Milch (L'immunité conférée par le lait), par BRIEGER et EHRLICH (*Deutsche med. Woch., n°* 18, *p.* 393, 1892).

Ehrlich a montré que les jeunes souris allaitées par des animaux réfractaires au tétanos pouvaient acquérir de cette façon l'immunité. De nouvelles expériences permettent d'affirmer que les injections de lait pro-

venant de ces animaux confèrent également l'immunité; ce lait conserve ses propriétés après l'élimination de la caséine.

Pour que les expériences réussissent, il faut qu'on obtienne le lait en grande quantité et sans peine. L. GALLIARD.

Teoria fecale del tetano. Il virus tetanico nel suolo deriva dalle feci degli animali, par G. SORMANI (*Annali dell' Istituto d'igiene speriment. d. R. Università di Roma, vol. I*, 3, *et Hyg. Rundsch., II*, 668, 1er *août* 1892).

On sait que les germes tétaniques, rencontrés surtout dans les couches superficielles du sol, sont atténués dans leur virulence par la lumière, l'air et les intempéries ; on sait, en outre, que les excréments d'un grand nombre d'animaux sains, carnivores ou herbivores, renferment fréquemment ces germes, dont l'authenticité a été établie à l'aide d'inoculations sous-cutanées des espèces animales offrant la réceptivité nécessaire. Sormani admet que la diffusion naturelle, ainsi que la conservation de la virulence des germes tétaniques, tiennent à ce que les animaux les ingèrent avec leurs aliments. Arrivés dans le tube intestinal, ces germes y trouvent les conditions d'anaérobiose favorables à leur germination et à leur sporulation ; puis ils sont rejetés sur le sol, en pleine activité virulente, avec les excréments ; enfin, une fois desséchés dans les matières fécales ou dans la terre, ils sont réduits en poussière, ce qui rend possible leur dissémination. Le passage des germes tétaniques à travers le tube intestinal constitue pour eux une phase de rajeunissement et de multiplication.

Voici deux des principales expériences sur lesquelles Sormani appuie sa théorie de l'origine fécale du tétanos. Un chien à l'attache, qui était contraint de manger sur le même terrain où il déposait ses excréments, expulsait toujours des matières fécales contenant des germes tétaniques de la plus grande virulence. Un autre chien, dont les excréments avaient été jusque-là tétanogènes, à partir d'un certain jour, ne reçut plus que des aliments cuits, en même temps qu'une muselière l'empêchait d'avaler des parcelles de terre ou de se lécher. Seize jours plus tard, ses matières fécales ne renfermaient plus de germes tétaniques.

J. B.

Mode de production des contractures dans le tétanos, par AUTOKRATOW (*Arch. de méd. exp. IV*, 5).

Si l'on inocule une culture tétanique dans le membre postérieur d'un animal sensible, les contractures ne tardent pas à apparaître localement : mais elles se suppriment si l'on détruit la moelle lombaire ou la sectionne. Si cette dernière opération a été faite avant l'injection, les contractures n'apparaissent pas. La section des nerfs périphériques ou des racines sensibles, ou des deux groupes de racines arrête également les contractures. Celles-ci s'atténuent temporairement par l'injection sous-cutanée d'une solution de cocaïne. Ainsi la contracture tétanique résulte d'une irritation des extrémités des nerfs sensibles, qui, par voie réflexe et par l'intermédiaire du segment médullaire correspondant, conditionne la contracture au point lésé et irrité. La cocaïne, qui produit

l'anesthésie en agissant sur les extrémités des nerfs sensitifs, atténue l'irritation, le réflexe et la contracture. Les nerfs cutanés semblent étrangers à ces actions morbides qui auraient peut-être leur départ dans les nerfs sensitifs des muscles. GIRODE.

De l'action des humeurs d'un animal immunisé contre le tétanos sur le virus de cette maladie, par L. VAILLARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 10 25 *octobre* 1892).

Le sérum de l'animal vacciné contre le tétanos constitue un milieu de culture où le bacille élabore un poison d'une grande activité. Les humeurs vivantes n'apportent aucune entrave à la végétation des spores, et celles-ci y donnent naissance à des bacilles dont le pouvoir pathogène reste entier. Les humeurs d'un animal immunisé contre le tétanos n'exercent donc aucune influence bactéricide ou atténuatrice sur le virus de cette maladie. PAUL TISSIER.

Ueber die Microorganismen des Flecktyphus (Typhus exanthématique), par LEWASCHEW (*Deutsche med. Woch.*, nos 13 et 34, 1892).

En examinant le sang puisé dans la rate des sujets atteints de typhus exanthématique, Lewaschew (de Kasan) a constaté, dans l'intervalle des globules rouges empilés, de petits corps arrondis qui réfractent fortement la lumière et sont animés de mouvements énergiques. Parfois ils sont colorés en noir et contiennent de fines granulations.

Souvent ces corpuscules prennent la forme d'une poire à laquelle s'ajoute un prolongement filamenteux; ou bien le filament devient libre, si bien qu'on peut, en réalité, découvrir trois choses : le coccus simple, le coccus avec filament, le filament libre. Ces trois formes du même élément n'existent pas au début de la maladie : les filaments n'apparaissent que secondairement.

Ils diminuent et deviennent moins mobiles au moment de la défervescence; ils disparaissent après la crise.

L'auteur propose d'appeler le microorganisme : *spirochœte exanthematicum.*

Les cultures ont réussi dans le sérum agar. L. GALLIARD.

Production expérimentale d'une maladie à mouvements choréiformes chez le chien, par H. TRIBOULET (*C. rendus de la Société de biologie*, 9 *avril* 1892).

L'auteur a isolé du sang d'un chien choréique un coccus à gros grains, isolés ou en amas, qu'il a cultivé. Le bouillon injecté à un deuxième chien choréique amena la mort en seize jours sans changement de la chorée ; chez un chien épagneul sain : mort en vingt et un jours avec atrophie musculaire et eschares ; enfin chez un troisième chien terrier, vigoureux et sain, l'animal maigrit deux mois après, eut de l'atrophie musculaire et généralisée et enfin le tic de la chorée du chien. DASTRE.

Poison cardiaque d'origine microbienne, par H. ROGER (*C. R. de la Société de biologie*, 28 *janvier* 1893).

Le Bacillus septicus putridus (espèce ou race spéciale) est semé dans du lait ou du bouillon ; il donne des produits solubles que l'on essaye après sté-

rilisation de la culture. L'injection à la grenouille, arrête le cœur et le rend inexcitable, quoique l'animal puisse sauter encore et réagir aux excitations cutanées. Les battements sont ralentis : la systole est brusque et le plateau systolique étendu. Le cœur s'arrête en diastole, sans affaiblissement progressif. Même chose avec le cœur isolé. La pointe du cœur perd sa contractilité. Une dose insuffisante pour arrêter le cœur supprime l'action d'arrêt des vagues. Les excitations électriques se comportent autrement qu'avec le cœur normal. La substance active est précipitée par l'alcool.

DASTRE.

Zur Lehre von der Ætiologie der Leukämie, par PAWLOWSKY (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, *p.* 641, 1892).

Dans le sang de six leucémiques, Pawlowsky a découvert des bacilles à extrémités arrondies, souvent avec un ou deux spores. Ces bacilles sont peu nombreux. Quelques-uns se colorent difficilement par le bleu de méthylène. Ils existent d'habitude en dehors des globules blancs, mais il y a parfois aussi des bâtonnets dans le protoplasma des globules blancs ; ceux-ci peuvent également contenir des granulations et des microbes décolorés. Les bacilles sont plus volumineux que ceux de la fièvre typhoïde. On ne les découvre pas chez les sujets sains.

Les bacilles se trouvent dans les vaisseaux des viscères, spécialement dans le foie. Ils forment de véritables thromboses, sur certains points, dans les capillaires hépatiques. Les autres viscères, la rate, le cerveau, la moelle, les ganglions lymphatiques ne contiennent que de rares bacilles.

Les cultures réussissent dans le bouillon et dans le sérum sanguin.

Ces bacilles, que personne n'a décrits jusqu'à présent, sont spécifiques, d'après Pawlowsky.

L. GALLIARD.

Recherches chimiques sur les microbes produisant l'inflammation des glandes mammaires des vaches et des chèvres laitières, par NENCKI (*Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, *I*, *p.* 25, 1892).

Ce travail de Nencki comprend une partie chimique très importante mais sur laquelle nous n'insisterons pas dans cette *Revue*. Nous n'en recueillerons que les déductions hygiéniques qu'en tire l'auteur.

Les mastites des bêtes laitières ont une grande importance sur le lait ; et de plus, les microbes qui les produisent passent toujours dans le lait. Il ne faudrait pourtant pas croire que tout lait altéré contienne des microbes, car les travaux de Bong, Hess, Schaffer et Bodzynski ont montré que les produits des échanges vitaux des bactéries étaient capables de déterminer à eux seuls, sans que le microbe se retrouvât dans les mamelles et le lait, des mastites et des altérations du lait.

Nencki étudie successivement le streptococcus mastitidis sporadicæ, et les bacilles *a* et *c* tous trois isolés par Guillebeau dans les mammites des vaches et des brebis laitières. Tous trois sont des ferments saprophytiques dont l'action pathogène paraît peu considérable, puisque les chats nourris avec le lait infecté par les bacilles *a* et *c* n'ont que de légers catarrhes intestinaux. Il semble même que c'est plutôt aux produits de fermentation du sucre qu'aux microbes eux-mêmes qu'on doit attribuer la mammite.

L'auteur recherche ensuite les conséquences de l'introduction dans les trayons de certains microbes pathogènes : streptocoques de la suppuration, de l'érysipèle, de la scarlatine.

L'injection de 5 gouttes de cultures de ces microbes dans les trayons donne un catarrhe aigu de la mamelle qui, rapidement, en 2 ou 3 jours, devient chronique : le lait alors a sa composition normale, mais il se coagule à l'ébullition.

De plus, les coccus y restent vivants et virulents pendant des mois entiers : ce lait doit donc être rejeté comme aliment, car on sait combien faciles et fréquentes sont les infections dans le tout jeune âge.

On doit en conséquence, prêter la plus scrupuleuse attention aux mamelles des bêtes laitières et à l'analyse bactériologique du lait, principalement pendant les épidémies de diphtérie, de typhus, de scarlatine, de rougeole. MOSNY.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Le lait, caractères dans l'état de santé et de maladie, altérations, par Jules ROUVIER (*In*-16, *Paris*, 1893).

L'auteur a réuni, dans ce petit volume, toutes les questions inhérentes à la physiologie, à la chimie et à la pathologie du lait, mises au courant des progrès les plus récents.

Dans une première partie, nous trouvons l'étude de la constitution chimique, des modifications de la sécrétion sous l'influence des troubles physiologiques et pathologiques (alimentation, grossesse, maladies aiguës ou infectieuses, état moral, etc.), les falsifications.

La seconde partie est consacrée aux altérations du lait par les microorganismes, par les fermentations de tout genre. Rouvier étudie, à ce propos, la question des épidémies propagées par le lait, scarlatine, fièvre typhoïde. La dernière partie du livre traite de la prophylaxie des accidents causés par le lait altéré ; surveillance des vacheries, procédés de conservation et de stérilisation. A. CARTAZ.

Ueber Aristolochin, par J. POHL (*Archiv für experimentelle Pathol. u. Pharmakol., XXIX, p.* 282).

L'auteur a étudié les semences de l'aristolochia clématitis et les racines de l'aristolochia rotonda. Il a obtenu de l'extrait alcoolique, en le dissolvant dans l'eau et en le précipitant par l'acide sulfurique dilué, un corps cristallisable, l'aristolochine que l'on sépare des matières incristallisables par l'alcool ou l'éther. On obtient alors des cristaux jaunes peu solubles dans l'eau froide, un peu plus solubles dans l'eau chaude, facilement solubles dans l'éther, le chloroforme, l'acétone, l'acide acétique, l'alcool, les alcalis, etc., mais insolubles dans le benzol et le sul-

fure de carbone. L'aristolochine a des caractères faiblement acides, elle n'est pas toxique pour la grenouille. Chez le lapin elle provoque une néphrite aiguë avec infarctus hémorragiques et nécrose des éléments épithéliaux qui finalement provoquent l'intoxication urémique et la mort.

Chez le chien on observe une dilatation vasculaire se développant peu à peu dans la sphère de l'intestin, d'où abaissement consécutif de la pression sanguine, et farcissement hémorragique de la muqueuse intestinale ; les centres nerveux vasculaires et les vaisseaux périphériques restent excitables jusqu'à la fin.

Au point de vue de son action sur les reins l'aristolochine se place à côté de la cantharidine et surtout de l'aloïne, mais elle est dix fois plus toxique que l'aloïne et peut être considérée comme le plus violent des poisons rénaux connus jusqu'ici. P. TISSIER.

Ueber die Wirkung einiger Papaveraceenalcaloide (Sur l'action de quelques alcaloïdes des papavéracées), par H. MEYER (*Archiv für experiment. Path. u. Pharmak., XXIX, p.* 397).

De la grande chélidoine, du sthophorondiphyllum, de la sanguinaria canadensis, on a extrait divers alcaloïdes, dont les plus importants sont : la chélidonine, la sanguinarine et l'α-homochélidonine, la β-homochélidonine et la chélérythrine.

Chélidonine. — Chez les animaux à sang chaud, elle agit sur le cœur, chez la grenouille elle produit : 1° une paralysie successive analogue à celle de la morphine, du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée (y compris les centres respiratoires), et finalement de la moelle, sans excitation antérieure ou consécutive ; 2° la paralysie (période avancée de l'intoxication) des muscles du squelette (et aussi des terminaisons nerveuses motrices). L'application directe produit une rigidité musculaire rapide ; 3° la paralysie des ganglions moteurs du cœur ; 4° la paralysie des terminaisons des nerfs sensibles.

Chez les mammifères, la chélidonine produit : 1° une narcose analogue à celle de la morphine ; 2° une légère augmentation de l'excitabilité des centres moteurs et des réflexes, finalement la paralysie de la moelle ; 3° le ralentissement du pouls par paralysie des ganglions moteurs du cœur et par excitation des terminaisons du vague, pas de modification de la pression sanguine ; à forte dose, paralysie des centres moteurs ; 4° paralysie des terminaisons des nerfs sensibles.

L'α-homochélidonine a le même effet que la chélidonine, sauf qu'elle ne produit pas l'excitation des terminaisons du vague chez les mammifères.

La β-homochélidonine agit chez la grenouille comme la chélidonine ; chez les mammifères, elle produit : 1° une légère narcose ; 2° l'excitation des centres moteurs ; contractions musculaires périodiques, cloniques et toniques, sans exagération des réflexes (comme dans l'intoxication par le camphre) ; 3° le ralentissement du pouls par paralysie des ganglions du cœur. Pas de modifications essentielles de la pression sanguine qui, cependant, s'abaisse fortement à chaque accès tétanique ; à grosse dose, paralysie des centres vaso-moteurs ; 4° paralysie des terminaisons des nerfs sensibles.

La sanguinarine chez la grenouille provoque : 1° légère narcose analogue à celle de la morphine (paresse musculaire, décubitus dorsal, mouvements incoordonnés, etc., etc.) ; 2° excitation violente, puis paralysie de la moelle et des centres respiratoires comme avec la strychnine ; 3° paralysie des muscles du squelette (très tardive, immédiate par application directe sans rigidité) ; 4° ralentissement du pouls par paralysie des ganglions moteurs cardiaques du cœur ; empêche l'arrêt par la muscarine de se produire, sans paralysie de l'appareil inhibitoire) ; 5° paralysie des terminaisons des nerfs sensibles (après une phase d'excitation) ?

Chez les animaux à sang chaud : 1° léger effet de narcose ; 2° faible excitation des centres moteurs, violente excitation, puis paralysie de la moelle, des centres respiratoires et vaso-moteurs comme avec la strychnine ; 3° excitation de la péristaltique intestinale (et de la sécrétion intestinale ?), excitation de la sécrétion salivaire ; 4° excitation et paralysie des nerfs sensibles.

La chélérythine, chez les grenouilles et les mammifères, produit une paralysie centrale descendante : 1° motrice ; 2° de la respiration, des centres vaso-moteurs et du cœur ; 3° la rigidité des muscles directement touchés ; 4° l'excitation des terminaisons des nerfs sensibles.

La chélédonine, l'α-homochélidonine se rangent dans le groupe de la morphine. La sanguinarine se range à côté de l'hydrastine, de la narcotine, de la papavérine, etc., dans le groupe de la codéine. Le β-homochélidonine se range dans le groupe de la protopine.

PAUL TISSIER.

Untersuchungen ueber die Wirkungen der Veratrinalcaloide, par Watts EDERS (*Archiv für experiment. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 440).

La protovératrine diffère essentiellement de la vératrine par l'absence de l'action ralentissante caractéristique de cette dernière sur la courbe de contraction des muscles. Elle possède, en plus, une action énergique paralysante sur les nerfs périphériques sensibles et une influence paralysante très nette sur le vague.

Pour les autres effets sur le système nerveux central, sur l'appareil nerveux des vaisseaux et sur la pression sanguine, il n'y a guère que des différences quantitatives. Pour ce qui concerne l'intensité de son action, la protovératrine est plus voisine de l'aconitine cristallisée que de la vératrine.

P. TISSIER.

Pikrotoxin und Coryamyrtin als Collapsusmittel (La picrotoxine et la coryamyrtine comme médicaments du collapsus), par KOPPEN (*Archiv für exp. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 327).

Les animaux furent soumis à un agent hypnotique, puis on examina alors aussitôt s'il était possible de les réveiller par une injection de picrotoxine. Il n'en fut rien ; il survint bien de légères contractions spasmodiques (chez les animaux soumis très faiblement à l'influence du chloral) ; chez les animaux chloralisés, survint une augmentation de la pression sanguine abaissée (pas au-dessous d'une certaine limite ; et

une accélération de la respiration). Mais comme la picrotoxine n'agit pas lorsque la pression sanguine est très abaissée, à cause de son faible pouvoir de résorption, l'auteur s'adressa à la coriamyrtine, facilement soluble, et vraisemblablement plus facilement résorbable. Cette dernière élève aussi la pression sanguine chez les animaux narcotisés par un agent hypnotique et augmente la fréquence des respirations, et comme son action, en général est plus intense, l'action antispasmodique des hypnotiques en question devient plus faible. Comme la coriamyrtine agit à dose non dangereuse, elle peut avoir par suite une importance pratique. P. TISSIER.

Colorimetrische Untersuchungen ueber Chinin und Antipyrin, par R. GOTTLIEB (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm., XXVIII, p.* 167).

L'antipyrine abaisse la température par action sur le système nerveux; la quinine produit le même effet par un mécanisme différent, sans doute par une influence directe des éléments des tissus, dont elle modérerait la nutrition. Comment se comportent ces deux corps sur la production de calorique? Si l'on s'adresse à l'étude des échanges, on voit que si la quinine les abaisse, l'action est moins évidente pour l'antipyrine.

Par la méthode calorimétrique, l'auteur a évalué la totalité de l'émission de calorique chez le lapin normal et chez le lapin à température élevée par lésion cérébrale. En mesurant en même temps la température du corps, il était possible d'évaluer la production de calorique.

Avec la quinine, la production de calorique chez le lapin est abaissée : chez l'animal sain, de 8 à 18 0/0; chez l'animal hyperthermisé par piqûre cérébrale, jusqu'à 40 0/0. En même temps, chez l'animal sain, la déperdition de calorique est diminuée; elle reste presque invariable chez l'animal hyperthermisé.

Avec l'antipyrine, la déperdition de calorique, chez le lapin, s'élève de 10-20 0/0 chez l'animal normal; chez l'animal hyperthermisé, jusqu'à 55 0/0. La production de calorique est également augmentée. La chaleur du corps s'abaisse sous l'influence de l'antipyrine grâce à l'augmentation de la déperdition, mais dans aucun cas de toute la chaleur perdue, mais seulement de quelques calories.

Par suite de la régulation des centres nerveux thermiques, la production de calorique augmente ainsi dans l'organisme, lorsque l'antipyrine augmente la déperdition, tandis que chez l'animal sain la diminution de la production de chaleur tend à être compensée par une diminution dans la déperdition.

L'action antipyrétique n'appartient ainsi qu'à la quinine; l'antipyrine, au contraire, et son groupe chimique, n'est qu'un antithermique à la façon des bains.

Ces données concordent avec les faits cliniques; quand il faut abaisser aussi vite que possible une température par trop élevée, on emploie un corps du groupe de l'antipyrine; en face de l'indication pressante de soustraire à l'organisme un excès de calorique, il est accessoire de considérer qu'on élève en même temps la production de chaleur et les oxydations organiques. Pour un traitement antipyrétique prolongé, la quinine sera, au contraire, préférée. PAUL TISSIER.

Action de la quinine sur les parasites du paludisme et sur les accès fébriles qu'ils déterminent, par C. GOLGI (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p.* 456, *et Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, *p.* 663, 1892).

La quinine, donnée à la dose habituelle avant l'accès fébrile, ne peut empêcher le développement des hématozoaires lorsque la segmentation de ceux-ci est commencée, mais elle tue la jeune génération de parasites qu'elle surprend à l'état naissant, et, de cette façon, si elle ne supprime pas le premier accès, elle s'oppose aux accès ultérieurs et guérit la fièvre intermittente.

Les mêmes doses de quinine ont une action incontestable lorsque les parasites sont à la période qui précède immédiatement la segmentation; on comprend alors qu'elles puissent atténuer et même supprimer les accès fébriles.

Les doses fortes de quinine n'ont pas plus d'influence que les doses vulgairement employées en clinique lorsque la segmentation des hématozoaires est commencée ou imminente; mais leur efficacité ultérieure est plus certaine.

Lorsque les hématozoaires sont au stade endo-globulaire, c'est-à-dire lorsqu'ils sont dans les globules sanguins, ils sont protégés contre l'action du sulfate de quinine. Le médicament administré immédiatement après l'accès, au premier jour de l'apyrexie, atténue ou retarde les accès suivants, mais il y a plus tard récidive. Donné au second jour de l'apyrexie (lorsqu'il s'agit de la fièvre quarte) la quinine rencontre des parasites moins bien protégés par l'enveloppe globulaire amincie; elle agit donc plus énergiquement sur eux.

Donc il faut s'efforcer d'atteindre les hématozoaires au moment où va commencer la segmentation. On calculera le temps que doit mettre la quinine pour pénétrer dans le sang et venir au contact des parasites.

Lorsqu'il y a simultanément plusieurs générations de parasites, dans la fièvre double quarte ou triple quarte par exemple, il est impossible de les atteindre efficacement en une seule fois, car ces parasites se trouvent à divers degrés de développement. On les atteint successivement : la double quarte se transforme en simple quarte avant de guérir.

Les parasites de la fièvre tierce diffèrent de ceux de la fièvre quarte mais obéissent aux mêmes lois dans leur résistance à la quinine; ils sont seulement plus vulnérables que ceux de la fièvre quarte pendant le stade endoglobulaire.

Les parasites en forme de croissant offrent à la quinine une résistance extraordinaire. L. GALLIARD.

Ueber Aloë, par H. MAYER (*Arch. f. exp. Path. u. Pharmak.*, *XXVIII*, *p.* 256).

L'aloïne, retirée des diverses sortes d'aloès, ne paraît pas identique. Mayer a étudié, au point de vue chimique et physiologique, l'aloès des Barbades, de Curaçao et du Natal. Les deux premières renferment environ 10 0/0, la seconde environ 16 0/0 d'une aloïne identique. Celle-ci se présente sous la forme de cristaux jaune pâle, en aiguilles, fondant à 147°; elle est facilement soluble dans l'eau chaude, l'alcool. L'éther

acétique dissout environ 1/25 de son poids, le chloroforme, l'éther, le benzol n'en dissolvent que des traces; il a pour formule $C^{16}H^{16}O^{17}$.

L'aloès du Natal fournit environ 14 0/0 d'une aloïne fondant à 210° où elle se détruit; presque complètement insoluble dans l'eau, même bouillante, se dissolvant dans 70 parties d'alcool bouillant, dans 120 parties d'éther acétique et très facilement dans la lessive de soude et a pour formule $C^{24}H^{26}O^{10}$.

L'aloès des Barbades agit aussi bien par la voie buccale que par la voie hypodermique (dissous dans la formamide). La dose active paraît être la même par les deux voies, ce qui tient à ce que des deux façons la plus grande partie de l'aloès arrive dans l'intestin. On ne trouve, dans les deux cas, que des traces, quelquefois pas d'aloïne dans l'urine. L'action est tardive, parce que ce n'est pas l'aloïne, mais un produit de dédoublement qui se forme peu à peu, qui agit comme purgatif. L'addition de sulfate de fer hâte cette action.

Le résidu qui reste, après l'extraction de l'aloïne, agit aussi bien que l'aloïne.

Parmi les produits de substitution, la triaataloïne purge aussi bien que l'aloïne; comme ce produit est stable et sans goût, il serait susceptible d'un emploi pratique.

L'aloïne extraite de l'aloès du Natal agit chez le chien et le chat seulement à doses élevées, à petites doses lorsqu'on y ajoute des alcalis et alors encore plus énergiquement que l'aloïne des Barbades. Après plusieurs jours d'alimentation uniquement animale, l'aloïne du Natal est purgative, ce qui tient sans doute à ce que les processus de putréfaction intestinale, devenus plus actifs, modifient l'état chimique de cette aloïne.

PAUL TISSIER.

Action physiologique de la créatine sur les animaux tuberculeux et normaux, par CARTER (*Therapeutic Gazette*, 15 *avril* 1892).

Carter reprend les expériences de Dixon et Zuill sur l'effet de la créatine chez les animaux tuberculeux, des animaux sains servant de témoins. A l'encontre de ces auteurs, qui ont attribué à la créatine une action analogue à celle de la tuberculine de Koch, Carter, par de nombreuses expériences, déduit que cette substance n'a aucune action sur les animaux tuberculeux, bien qu'il l'ait injectée à des doses très élevées.

R. FAURE MILLER.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'anagyrine et particulièrement sur son action cardio-vasculaire, par A. COUTREST (*Thèse de Paris*, 1892).

Cet alcaloïde de l'*anagyris fœtida* est un toxique agissant surtout sur la respiration qu'il paralyse, sur les muscles, sur le cœur et sur les vaisseaux.

Il détermine une diminution du volume du cœur; une très grande accélération de ses battements; une augmentation de son travail; une élévation considérable de la pression du sang dans les artères.

Il s'ensuit que l'anagyrine pourrait trouver ses indications dans certaines

affections cardiaques, dans les cas où l'énergie du cœur a besoin d'être relevée et où la pression artérielle doit être augmentée. R. FAURE MILLER.

I. — Zur Frage nach der Bedeutung des Asparagins als Nahrungsstoff (Sur la valeur nutritive de l'asparagine), par S. GABRIEL (*Zeits. f. Biologie, XXIX, p.* 115, 1892).

II. — Bemerkung zu der Mittheilung von Dr S. Gabriel (Remarques sur la communication de S. Gabriel), par Karl VOIT (*Ibidem, XXIX, p.* 125, 1892).

III. — Ueber die Bedeutung des Asparagins als Nahrungssstoff, par Georgios POLITIS (*Ibidem, XXVIII, p.* 492, 1892).

IV. — Ueber den Einfluss des Asparagins auf den Umsatz des Eiweisses beim Fleischfresser (Influence de l'asparagine sur la destruction organique de l'albumine), par J. MAUTHNER (*Ibidem, XXVIII, p.* 507, 1892).

I et II. — Gabriel a fait des expériences d'alimentation du rat au moyen d'aliments exempts d'azote, ou pauvres en azote, avec ou sans addition d'asparagine. Ses conclusions sont analogues à celles de Politis. L'asparagine ne peut remplacer l'albumine, mais elle présente cependant une certaine valeur nutritive analogue à celle des féculents; valeur nutritive qui ne se montre que lorsque la ration alimentaire est exempte d'albumine.

III. — Weiski admet que l'asparagine peut, jusqu'à un certain point, remplacer l'albumine de l'alimentation chez les herbivores. Il n'en serait pas de même pour le chien, d'après J. Munk.

L'auteur a cherché à résoudre la même question chez le rat. Il formule ses conclusions de la façon suivante :

Le rat peut vivre et prospérer avec une ration alimentaire composée d'albumine, de graisse, de fécule et d'extrait de viande, avec ou sans addition d'asparagine.

Une alimentation composée de graisse, de fécule et d'extrait de viande, provoque chez le rat une diminution progressive de poids aboutissant à la mort. L'addition d'asparagine à cette ration ne modifie pas le délai de la mort. L'asparagine ne paraît donc pas exercer chez le rat d'influence marquée sur la destruction organique de l'albumine.

IV. — Chez le chien, la destruction organique de l'albumine subit une légère diminution si l'on ajoute de l'asparagine à la ration alimentaire composée de viande (dans l'expérience I) ou de fécule et de graisse (dans l'expérience II.) L. F.

I. — Les poisons antagonistes et la calorification.

II. — Atropine et pilocarpine; leur action inverse sur les mouvements respiratoires, par J. P. MORAT et M. DOYON (*Société de biologie*, 9 *juillet* 1892).

I. — L'atropine élève la température centrale, tandis que la pilocarpine l'abaisse. L'action hyperthermisante de l'atropine est accusée au début; elle persiste plusieurs jours chez le lapin, moins longtemps chez le chien; la montée se fait avec oscillations; à doses élevées (6 à 10 centigr. chez le chien), l'atropine amène une baisse de température; il ne paraît pas se produire d'accoutumance au poison; la toxicité de l'atropine est extraordinairement faible. Des conclusions analogues s'appliquent à la pilocar-

pine, dont la toxicité est plus grande. L'animal est immobile, morne, torpide avec la pilocarpine, la glucose du sang est accrue; il est agité, délirant avec l'atropine, et la proportion de glucose diminue dans le sang.

II. — L'atropine accélère la respiration; la pilocarpine la ralentit notablement. L'antagonisme est reversible. DASTRE.

Condizioni istologische dell' epitelio renale dopo diuresi per caffeina, par D. BALDI (*La Riforma medica, p.* 831, 24 *décembre* 1892).

L'auteur a étudié comparativement les deux reins chez deux lapins auxquels il avait injecté de la caféine après avoir sectionné les nerfs d'un des reins, ce qui empêche la diurèse causée par la caféine de se produire par ce rein ; chez un autre lapin il a examiné un rein enlevé avant l'injection de caféine et le rein restant sur l'animal après la diurèse produite par cette injection.

Dans tous les cas, les reins avaient la même structure histologique, ne présentaient pas de figures karyokinétiques ni aucune autre modification dans l'aspect de leurs cellules : cette constatation montre que la caféine n'a pas d'effet nocif sur le rein, mais elle n'éclaire pas le mécanisme de la diurèse produite par cette substance. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Wirkungen den kristallisirten Podophyllotoxins, par J. NEUBERGER (*Archiv f. experim. Path. u. Pharmak., XXVIII*).

N. a expérimenté avec un produit cristallisé en beaux prismes, très peu soluble dans l'eau et dont les solutions sont très amères au goût. Pour la voie buccale, pilules, pour la voie hypodermique, solution alcoolisée.

L'injection sous-cutanée chez le lapin produit une réaction inflammatoire locale intense; chez le chien et le chat survient à la suite une inflammation très nette des reins (glomérulo-néphrite) ; ces faits tendent à établir avec une grande probabilité que la podophyllotoxine est un corps qui agit surtout localement, à la façon des substances caustiques. Les modifications intenses du côté du tube intestinal qui se montrent à la suite de l'injection sous-cutanée seraient, de même que les lésions rénales, à considérer comme consécutives à l'élimination du produit.

La preuve de cette élimination intestinale serait très difficile à fournir puisqu'il n'existe pas de réaction caractéristique de la podophylline pouvant déceler des doses aussi minimes. La constatation de lésions rénales doit rendre prudent dans la pratique pour l'administration par la voie hypodermique de la podophyllotoxine. PAUL TISSIER.

Sulfate de cinchonamine, par ARNAUD et CHARRIN (*C. R. de la Société de biologie, séance du* 16 *juillet* 1892).

La cinchonamine à l'état de sel actionne les hyperthermies engendrées soit par des ferments figurés, des microbes pathogènes, soit par des toxines.

La grande solubilité du sulfate de cinchonamine (0,20, à 0,25 et plus par centimètres cube), la connaissance de ses propriétés toxiques (1gr,20 a déterminé des accidents toxiques chez un homme de 70 kilos) pour-

raient permettre de l'employer comme antithermique dans certaines fièvres comme celle de la pneumonie par exemple. MOSNY.

I. — Action physiologique du chloralose.

II. — Effets psychiques du chloralose sur les animaux.

III. — Effets physiologiques du chloralose, par HANRIOT et Ch. RICHET (*C. R. de la Société de biologie*, 14, 28 *janvier, et* 4 *février* 1893).

IV. — Du chloralose, par RICHET (*Revue scientifique*, 1893).

I. — Le chloralose résulte de l'action du chloral anhydre sur le glycose. C'est un corps cristallisable, soluble dans l'eau bouillante, la solubilité à froid étant de 5 pour 1000. Sa saveur est amère. On peut néanmoins le faire ingérer dans du lait ou de la viande, à la dose de 5 grammes pour un chien de 10 kilogs. Après 3/4 d'heure, on note de la somnolence, de l'incoordination motrice, un tressaillement général au bruit, la pression, le cœur et la respiration restant normaux. Le sommeil devient profond, mais l'excitabilité réflexe reste très forte. Avec des doses fortes, la mort survient par diminution de la respiration, pendant le sommeil. La dose toxique par ingestion stomacale est voisine de 0 gr. 6 par kilog d'animal, chez le chien.

Les animaux chloralosés sont insensibles.

L'excitabilité exagérée, attribuée d'abord à la moelle, paraît être en réalité sous la dépendance du bulbe rachidien.

II. — Avec des doses faibles (0 gr. 25 par kilog), le chien ne tient plus en place, il erre avec des mouvements incertains, se heurte aux obstacles et y reste buté. Il est comparable à un animal excérébré de la région rolandique : il est somnambulisé. Il est affecté de cécité psychique; il n'a pas le réflexe psychique type, c'est-à-dire le clignement consécutif à l'approche brusque d'un objet menaçant. — Si l'on met à nu l'encéphale et qu'on abrase la substance grise du gyrus sygmoïde, on constate que la substance blanche sous-jacente est devenue plus excitable. L'excitabilité cérébrale corticale est diminuée. Le chloralose serait par excellence, un poison psychique, limitant son action à la zone corticale du cerveau et respectant les fonctions bulbaires et médullaires.

III et IV. — Les chats sont extrêmement sensibles à l'action du chloralose. La dose toxique est 10 fois plus faible. — Le chloralose paraît un bon hypnotique chez l'homme. Il faut l'employer en cachets. La dose active minima est de 20 centigrammes. On peut aller à 60. Le chloralose a été essayé par Landouzy, Marie, Moutard-Martin, Segond; il s'est montré, en général, un utile hypnotique, mais un analgésique infidèle. — Chez les canards, l'injection veineuse et l'injection stomacale sont à peu près équivalentes : la dose active minima est 10 milligrammes : la dose hypnotique 15 milligrammes : la dose toxique 50 milligrammes. — Chez le chien la dose minima est 20 milligrammes : la dose toxique, 0 gr. 13 par injection intra-veineuse, 0 gr. 60 par injection stomacale. — Pour l'anesthésie, il faut employer 60 centimètres cubes de la solution saturée. — Les effets ne s'accunulent pas. — Le chloralose n'est pas antiseptique.

DASTRE.

Du chloralose chez les épileptiques, les hystériques et les choréiques, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, 25 *février* 1893).

F. a constaté que la tolérance pour ce médicament était beaucoup plus grande que ne l'ont indiqué Hanrot et Richet ; il a pu le donner à la dose de 1 gr., 1 gr. 50 et même 2 gr. 25. Le chloralose n'amenant pas de troubles gastriques est préférable aux autres hypnotiques dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, et les résultats obtenus ont été satisfaisants. A. C.

Sur l'action antiseptique de l'acide formique, par E. DUCLAUX (*Annales de l'Institut Pasteur, septembre* 1892).

L'acide formique est un antiseptique très puissant (aspergillus niger, penicillum glaucum, botrytis lassianæ, levures, tyrothrix tenuis et geniculatus, bactéridie charbonneuse, bacille pyocyanique, choléra des poules, streptocoque pyogène.)

Il a ce côté curieux dans son histoire de pouvoir être produit par l'espèce qui peut souffrir de sa présence et de même de pouvoir être détruit par cette même espèce lorsqu'elle le produit ou le rencontre tout fait dans son liquide nutritif. Le mode de combustion de l'acide formique semble être tout à fait physiologique. En est-il de même pour le mode de production, et l'acide formique n'est-il pas quelquefois au moins une production de souffrance? C'est une question ouverte et qui promet d'être intéressante. P. TISSIER.

Ueber Kresole als Desinfectionsmittel mit besonderer Berücksichtigung des Lysols, par P. PARADIÈS (*Viertelj. f. geritchtl. Med. und œffentl. Sanitw.*, 3e *série, IV. Suppl., p.* 131, *octobre* 1892).

Staphylocoque pyogène doré. A la température de la chambre, la solution de lysol à 0,8 0/0, comme celle à 0,45 0/0 ne le tue qu'au bout de 5 minutes ; résultats inférieurs à ceux obtenus par Schottelius, qui avait trouvé qu'une solution à 0,3 0/0 tue ce microorganisme en 12 secondes. A la température de l'étuve, la solution de lysol à 1,8 0/0 le tue en 1 minute, tandis que celle à 0,9 0/0 a moins d'action que celle à 0,8 à la température de la chambre. La solution de lysol au centième tue en 1 minute le staphylocoque pyog. doré dans le sérum sanguin de mouton, tandis que pour obtenir aussi rapidement le même résultat, il faut une solution d'acide phénique à 2,5 0/0. Cela prouve, conformément à Schottelius et contrairement à Behring, que l'action bactéricide du lysol n'est pas diminuée dans le sérum.

Bacille du choléra asiatique. A la température de la chambre, il est tué en 1 minute par une solution de lysol à 0,227 0/0 ; il en est de même à celle de l'étuve.

Streptocoque pyogène. Tué en 1 minute par une solution de lysol à 0,12 0/0 et même à 0,059 ; celle à 0,046 0/0 ne le tue qu'au bout de 10 minutes. Ici encore le lysol se montre supérieur à l'acide phénique ; en effet, la solution à 0,059 0/0 de ce dernier n'entrave en rien le développement du streptocoque, même après une demi-heure d'action.

Bacille typhoïdique. La solution de lysol à 0,952 0/0 le tue en 1 minute, celle à 0,48 0/0 en 5 minutes.

Bacille charbonneux. Tué en 1 minute par une solution de lysol à 1,9 0/0.

Bacille tuberculeux des poules. Tué en 5 minutes par la solution de lysol au centième.

Toutes ces expériences témoignent de l'efficacité microbienne du lysol et de sa supériorité sur l'acide phénique, même dans les milieux riches en albumine (*R. S. M.*, XXXVII, 471; XXXVIII, 85 et 86 ; XXXIX, 75, 166 et 594). J. B.

L'euforina e le sue indicazioni terapeutiche, par G. CAO (*La Riforma medica, p.* 470, 433 *et* 495, 18, 19 *et* 21 *novembre* 1892).

L'euphorine jouit de propriétés antiparasitaires, antithermiques, antinévralgiques, antirhumatismales ; l'auteur l'a employée avec succès à l'intérieur dans la migraine, dans les arthralgies syphilitiques, les orchites, le rhumatisme ; à l'extérieur, il s'en est servi comme poudre désinfectante et cicatrisante dans les ulcères atoniques de décubitus, dans les traumatismes, dans l'herpès et le zona, dans le muguet et les aphtes de la bouche et de la vulve, dans les balanites, dans les ulcérations vénériennes et syphilitiques où il la trouve beaucoup préférable aux autres agents tels que l'iodoforme, l'aristol, etc. ; il la vante également dans les eczémas aigus et chroniques, dans la trichophytie, dans la blennorragie, dans les métrites et les vulvites.

GEORGES THIBIERGE.

Phlorhizin-diabetes beim Huhn und Kaninchen (Diabète phlorhizique chez la poule et chez le lapin), par M. CREMER et A. RITTER (*Zeits. f. Biologie, XXVIII*, p. 459, 1892).

L'affirmation de v. Mering que l'ingestion de phlorhizine provoque chez les animaux un diabète intense, avait été contredite en ce qui concerne la poule et le lapin. L'auteur montre que la phlorhizine injectée sous la peau en solution légèrement alcaline, rend également la poule et le lapin diabétiques. Il est possible que cette substance soit moins bien absorbée par la voie stomacale parce qu'elle est à peu près insoluble dans les véhicules acides. LÉON FREDERICQ.

Étude sur l'asaprol et ses qualités thérapeutiques, par A. BOMPART (*Thèse de Paris*, 1892).

L'asaprol est un corps soluble qui constitue un dérivé monosulfoné du β naphtol à l'état de sel calcaire. C'est à la fois un bon antiseptique général, un bon antithermique et un analgésique d'une certaine valeur. C'est un médicament de choix dans le rhumatisme articulaire aigu; dans ce cas, son action sur l'élément fluxionnaire articulaire aigu est aussi nette que son action analgésique. Il semble modifier l'état infectieux de la pneumonie. R. FAURE MILLER.

Nouvelles recherches au sujet de l'élimination de la créosote par les urines et nouveau mode de traitement créosoté, par SAILLET (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 *août* 1892).

Pour respecter l'estomac et les reins des tuberculeux, Saillet propose la voie cutanée. Il fait des frictions une ou deux fois par jour avec une solution alcoolique de créosote à 20 0/0 (alcool à 60°). Cette méthode lui a donné de bons résultats. R. FAURE MILLER.

Contribution à l'étude du benzonaphtol ou benzoate de naphtol β, par LEMOULT (*Thèse de Paris*, 1892).

Le benzonaphtol est un corps insoluble et insipide qui traverse l'estomac sans être modifié et sans agir sur le chimisme gastrique.

Il se dédouble dans l'intestin seulement en acide benzoïque et en naphtol β qui agissent alors simultanément par leurs propriétés antiseptiques.

Il produit une légère diurèse et diminue la toxicité urinaire.

Il est indiqué dans les cas où il faut songer à l'antisepsie intestinale. Il doit être préféré au bétol à cause du plus grand pouvoir antiseptique de son radical acide et de l'innocuité de ce dernier.

R. FAURE MILLER.

Action des sels sur la coagulation de l'albumine, par Sydney RINGER (*Proceedings of the Physiological Society*, 21 *mars* 1891).

L'albumine d'œuf étendue ne coagule point par la chaleur mais devient seulement laiteuse. La coagulation a lieu si l'on ajoute un sel de chaux, chlorure de calcium, de magnésium, de baryum. L'ébullition en fait une alcali-albumine rapidement coagulée par le sel de chaux, en quantités moyennes. Avec de petites quantités, la solution devient épaisse et visqueuse. L'action préalable du bicarbonate de soude ou de la soude ne change rien au résultat. Les degrés de l'action sont les suivants : la solution devient laiteuse, des granulations y apparaissent, elles s'agrégent, formant un caillot, et celui-ci se rétracte. DASTRE.

Ueber Diurese... (Sur la diurèse et ses modifications sous l'influence des agents pharmacologiques), par DRESER (*Archiv für exp. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 303).

Dreser donne d'abord les méthodes de mensuration de la pression osmotique. On peut employer, en pratique, la méthode des globules rouges de Hamburger, évaluer l'abaissement de la pression de la vapeur ou du point de congélation. La première n'est pas employable pour l'urine, la méthode de congélation a cet avantage d'être toujours employable, qu'elle nécessite pour les recherches moins de liquide, et que les produits congelés peuvent servir à d'autres expériences.

L'excrétion de l'eau dans le rein est réglée par deux fonctions antagonistes. La valeur de la fonction sécrétoire dans le glomérule possède au maximum une pression sécrétoire asmotique égale à la pression d'une colonne d'eau de 49 mètres de hauteur. La fonction antagoniste du pouvoir de résorption travaille avec une force qui, au maximum, égale le

dixième de la valeur absolue de la force sécrétoire. De la considération des chiffres fournis par l'évaluation du point de congélation, on peut, en tenant compte du volume du produit sécrété, évaluer le travail osmotique fourni par les reins. Les diurétiques, tels que la caféine et les sels, agissent directement en excitant les appareils sécrétant l'eau dans le rein. P. TISSIER.

Ueber die kunstliche Darstellung einer resorbirbaren Eisenalbuminverbindung (Sur la préparation *in vitro* d'une combinaison ferro-albumineuse résorbable), par MARFORI (*Archiv f. experiment. Path. u. Pharm.*, *XXIX*, *p.* 212).

On agite de l'albumine avec volume égal d'eau distillée et forte quantité de lessive de potasse, au bout de quelques minutes l'albumine se transforme en une substance gélatiniforme jaune. On lave à l'eau distillée pour enlever l'excès d'alcali et on chauffe au bain-marie. La substance gélatiniforme se dissout complètement. On la laisse 5 à 6 heures à la température du bain-marie et on filtre. On dilue avec de l'eau, on acidifie avec de l'acide acétique dilué : Il se produit un précipité sentant fortement l'hydrogène sulfuré que l'on décante immédiatement et qu'on lave sur un filtre. On le met dans l'eau et on le dissout avec de l'ammoniaque, on y ajoute alors une solution récente de tartrate de fer neutralisé par l'ammoniaque, dans la proportion de 1 gramme de tartrate pour l'albumine de 25 œufs. La solution a une couleur rouge ; elle est chauffée dans une capsule et portée à l'ébullition pendant une demi-heure. On laisse refroidir, on filtre et l'on précipite avec l'acide acétique dilué que l'on ajoute jusqu'à ce que le précipité commence à se redissoudre; on neutralise alors l'excès d'acide avec de l'ammoniaque; le précipité représente une combinaison organique ferrugineuse de l'albumine. On le redissout encore une fois dans l'ammoniaque, on filtre, on précipite en neutralisant avec de l'acide chlorhydrique, pour se débarrasser de tout le fer inorganique. Le fer recueilli sur un filtre desséché (acide sulfurique) est une poudre légère jaune paille soluble sans altération dans les solutions aqueuses légèrement alcalines.

La préparation contient en moyenne 0,702 0/0 de fer. Par la voie stomacale chez le chien, 55,2 et 95 0/0 sont résorbés. Cette résorption est considérablement supérieure à celle des autres préparations ferrugineuses; injectée sous la peau, à l'inverse de celles-ci, elle ne s'élimine pas par l'urine. Elle est très peu toxique ; on peut donner plusieurs grammes par la bouche à un jeune chien, sans produire d'accident. PAUL TISSIER.

Ueber die desinficirende Wirkung der Kresole und die Herstellung neutraler waessriger Kresollœsungen, par H. HAMMER (*Arch. f. Hyg.*, *XIV*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 684, 1er *août* 1892).

Les expériences de Hammer confirment l'explication de Hueppe (*Berlin. klin. Woch.*, 2 novembre 1891) que si, contrairement au lysol, la créoline diluée forme une émulsion, cela tient à la présence d'une quantité plus ou moins forte d'hydrocarbures neutres qui se dissolvent beaucoup moins bien dans les savons que les phénols et surtout que les crésols. Dès qu'on ajoute, en revanche, un savon quelconque, de glycérine,

de potasse ou de soude, à une émulsion de créoline, on obtient une solution.

Les solvéols ont, pour les usages chirurgicaux, l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi de savon dans leur préparation. Le solvéol représente une solution aqueuse neutre des crésols dans les sels des acides ortho-oxycarbonique ou ortho-oxysulfonique ou dans ceux des dérivés correspondants de la naphtaline. Par des raisons techniques et économiques, les fabricants donnent actuellement la préférence à la solution des crésols dans le crésotinate de soude ; ces solutions à très bon marché se vendent sous le nom de solutol.

Au point de vue bactéricide, le solvéol et le solutol sont beaucoup plus énergiques que le lysol et la créoline, à cause de leur plus grande teneur en crésols.

Le bacille pyocyanique en culture dans du bouillon est tué au bout de dix minutes par 0,3 0/0 de solvéol, tandis qu'à la même concentration, la créoline, le lysol, l'acide phénique, ne le tuent pas au bout d'une heure. Des spores charbonneuses, desséchées sur des fils de coton, puis transportées dans du bouillon, sont tuées au bout de douze jours par la solution de solvéol à 5 0/0 ; elles ne sont pas tuées par l'acide phénique au bout de quarante-cinq jours. J. B.

Les sels de strontium, par MALBEC (*Thèse de Paris*, 1892).

Les sels de strontium ne sont pas toxiques. Leur seul danger provient des sels de baryum auxquels ils sont souvent mélangés. Ils paraissent agir sur l'organisme de façon à faciliter les actes nutritifs en général ; ils augmentent sensiblement la pression intra-vasculaire et exercent sur les phénomènes digestifs un retard dans la peptonisation des albuminoïdes. Ainsi le lactate de strontium (dose minima 2 grammes) est indiqué dans l'albuminurie et dans les affections gastriques caractérisées par l'hyperpepsie douloureuse. Les bromure, iodure et nitrate de strontium peuvent remplacer avantageusement les sels de potassium correspondants.

FAURE MILLER.

Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Formaldehyds, par Hans ARONSON (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 30, p. 749, 25 *juillet* 1892).

Le formaldéhyde n'est connu qu'en solutions aqueuses.

Un bouillon nourricier, inoculé avec des bacilles typhoïdiques, charbonneux, ou avec des staphylocoques pyogènes dorés, reste stérile lorsqu'on l'additionne de 1/20,000 d'aldéhyde formique ; l'addition de 1/40,000 ne fait qu'entraver le développement de ces microorganismes.

Les solutions au 1/250, et même au 1/400 de cet aldéhyde, empêchent d'une façon absolue le développement des bacilles diphtéritiques.

Les vapeurs du formaldéhyde, alors même qu'elles proviennent de solutions étendues, ont le même pouvoir sur les bacilles diphtéritiques.

Différents dérivés de l'aldéhyde formique, tels que l'oxyméthylsulfonate de soude, et surtout l'éther oxychlorométhylique et le trioxyméthylène, jouissent de propriétés antiseptiques semblables. Mais le trioxyméthylène, employé en poudre sur les plaies, est irritant.

La dose toxique du formaldéhyde est, pour le lapin, de 24 centi-

grammes par kilogramme du poids de l'animal, lorsqu'on l'administre par la voie sous-cutanée.

Les vapeurs de l'acétaldéhyde, homologue supérieur immédiat du formaldéhyde, ont aussi une puissance antiseptique très marquée à l'égard des bacilles diphtéritiques. Il en est de même des vapeurs du benzaldéhyde ou essence d'amendes amères. En revanche, celles de l'aldéhyde cinnamique sont inefficaces. J. B.

Ueber Thiophendijodid als Verbandmittel bei Wunden (Du biiodure de tiophen dans le pansement des plaies), par ZUCKERKANDL (*Wiener med. Presse*, 4 *décembre* 1892).

Ce corps, dont la formule est $C^4H^2I^2S$, est un succédané de l'iodoforme sur lequel il présente l'avantage d'avoir une odeur agréable. Z. s'en est bien trouvé dans le pansement des phlegmons, d'hygromas suppurés, de mastites, d'abcès froids, etc. Son usage n'a jamais produit ni intoxication, ni irritation de la peau. C'est un bon antiseptique dont l'action fermenticide a été nettement établie sur des cultures de bacilles typhiques, de streptocoques pyogènes, de microbes pyocyaniques, etc.

CART.

Untersuchungen über Saprol, ein neues Desinfektionsmittel für Fäkalien (Recherches sur le saprol, nouvel agent désinfectant des matières fécales), par Hugo LASER (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit., XII, nos* 7-8, *p.* 229, 1892).

L'auteur, après avoir étudié les propriétés antiseptiques du saprol sur divers microbes (charbon sporulé, staphylococcus aureus, choléra, fièvre typhoïde), étudie son action désinfectante sur les matières fécales et les urines.

C'est ainsi qu'en ensemençant soit du bacille du choléra, soit du bacille typhique, dans 40 grammes de déjections alvines stérilisées, H. Laser est parvenu à détruire les premiers en vingt-quatre heures, les seconds en quarante-huit heures, en additionnant cette culture d'un demi-centimètre cube de saprol.

H. Laser en conclut qu'une proportion de 1 0/0 de saprol suffit à la désinfection des matières fécales et des urines. Il faudrait donc 400 grammes de saprol par mois pour désinfecter les déjections alvines d'un homme, la quantité de ces matières rendues par jour étant, en moyenne, de 150 grammes de matières fécales et de 1,200 grammes d'urine.

On pourrait, conclut l'auteur, se servir en grand du saprol pour désinfecter les fosses des écoles, des casernes, des hôpitaux, etc., car le prix du saprol est fort peu élevé, et une dépense de 0.25 (20 pfennig) par tête et par mois serait suffisante. Enfin, il est bon de noter que le saprol n'enlève aux matières alvines aucune de leurs propriétés pour la culture; aussi ce désinfectant n'empêcherait-il nullement l'emploi des matières désinfectées comme engrais. MOSNY.

Liseré gingival consécutif à l'ingestion du borax, par LEMOINE (*Bull. méd. du Nord, n°* 16, *p.* 385, 1892).

L'ingestion prolongée pendant deux mois et plus d'une dose quoti-

dienne de 2 grammes de borax, a pu, dans des cas relativement peu nombreux, déterminer la formation d'un liséré gingival gris-bleuâtre, en tout semblable au liséré saturnin. Les soins de propreté de la bouche semblent s'opposer, jusqu'à un certain point, à la formation de ce liséré.

LEFLAIVE.

Note sur quelques effets physiologiques de l'eau oxygénée, par GRASSET (*Société de biologie*, 28 *janvier* 1893).

Les injections intra-péritonéales et sous-cutanées d'eau oxygénée ne sont pas nocives, si la dose est peu élevée et si elles sont faites lentement; mais poussées rapidement, elles peuvent devenir promptement mortelles.

DASTRE.

Recherches physiologiques sur la fumée d'opium, par GRÉHANT et E. MARTIN (*Société de biologie*, 30 *juillet* 1892).

Un chien est muni d'une muselière en caoutchouc communiquant par un appareil à soupapes avec une pipe d'opium. En faisant fumer à l'animal, en une heure, 10 grammes de chandoo, c'est-à-dire la quantité qui correspond à la consommation d'un fumeur pendant 10 ou 15 jours, on n'observe aucun phénomène bien marqué; l'animal détaché, n'a semblé nullement influencé; sa démarche et ses allures sont normales. Il y a une différence considérable à cet égard, entre le système nerveux du chien et celui de l'homme.

DASTRE.

Étude expérimentale sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, par K.-B. LEHMANN (*Arch. f. Hyg.*, *XIV, et Hyg. Rundsch.*, *II*, 690, 1er *août* 1892).

Lehmann a constaté que le procédé le plus convenable pour doser la quantité d'acide sulfhydrique introduite dans l'air inspiré consiste à absorber le gaz dans la solution iodo-iodurée normale au 1/10 et à retitrer l'iode en excès par la liqueur d'hyposulfite de soude.

La dose de 0,5 pour 1.000 de gaz sulfhydrique provoque au bout de peu d'heures, chez l'homme, comme chez le chat, des troubles cérébraux très marqués.

La dose de 0,7 à 0,8 pour 1.000 représente la limite à partir de laquelle un séjour de quelques heures dans l'atmosphère toxique devient dangereux pour la vie.

L'odeur de l'hydrogène sulfuré n'est pas, à beaucoup près, aussi désagréable quand la dose en est de 0,2 à 0,3 pour mille que lorsqu'elle est beaucoup moindre.

Les doses inférieures à 0,15 pour 1.000 semblent inoffensives, même au bout de plusieurs heures; mais à partir de 0,2 il suffit de quelques heures pour amener des accidents.

Du reste, la susceptibilité individuelle est très diverse, et parfois même, les symptômes varient suivant les individus. Mais tous présentent une irritation intense des muqueuses oculaire, nasale et trachéale.

A l'autopsie des animaux, Lehmann a constaté toujours une hyperémie considérable et un œdème des poumons ; cette dernière lésion est pour lui la cause de la mort.

Chez l'homme, il n'est pas rare de voir se produire des troubles graves, seulement un certain temps après qu'on est sorti de l'atmosphère toxique. (*R. S. M.*, II, 815; XXV, 468; XXVII, 485 et 486; XXX, 60.) J. B.

Ein Fall von Amylinhydratvergiftung (**Un cas d'intoxication par l'hydrate d'amylène**), par **M. ANKER** (*Therap. Monatshefte, n°* 11, *novembre* 1892).

Absorption d'une dose de 27 grammes d'hydrate d'amylène par une dame de 27 ans; perte de connaissance, pouls petit : 90 pulsations; température normale, respiration profonde, régulière, non accélérée; mydriase extrême.

La disparition des accidents fut très rapide, bien que la malade fût débilitée par l'absorption prolongée de bromure de K. Mais l'effet hypnotique persista plusieurs jours. PAUL TISSIER.

Zur Toxikologie des Kohlenoxyds (**Oxyde de carbone**), par **H. DRESER** (*Archiv für experim. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 119).

Dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, la mort survient lorsque l'on emploie la narcose par l'uréthane pour éviter les convulsions asphyxiques, dès que la capacité respiratoire du sang pour l'oxygène est abaissée en moyenne à 30 0/0; même dans les cas les plus graves, il reste encore, au minimum, 1/5 de l'oxygène contenu au début de l'expérience dans le sang.

Chez un sujet empoisonné dans une atmosphère contenant de l'oxyde de carbone, arrivé à la période où il a perdu connaissance, le contenu du sang en oxygène s'abaisse à 40,32 0/0, à 50,1 0/0. L'intoxication devient menaçante pour la vie lorsque la capacité respiratoire du sang s'abaisse au-dessous de 50 0/0.

L'oxyde de carbone non seulement peut se substituer dans la molécule d'hémoglobine à l'oxygène, mais il peut encore se comporter de la même façon, vis-à-vis de la molécule albuminoïde du protoplasma des tissus. P. TISSIER.

Ueber chronische Ozonvergiftung (**Sur l'intoxication chronique par l'ozone**), par **H. SCHULZ** (*Archiv für exp. Path. u. Pharm., XXIX, p.* 364).

Des lapins, des chats, des chiens furent placés dans une cloche bien ventilée, avec un air contenant de l'ozone, pendant un certain temps. Ils présentèrent d'abord des manifestations nerveuses très analogues à celles que l'on observe lorsque l'on expérimente dans les mêmes conditions avec l'hydrogène phosphoré : somnolence, tremblement, excitation de la sphère génitale, sommeil. Plus tard, bâillements, vomissements, salivation. A l'autopsie les constatations les plus importantes furent faites dans les poumons : œdème, bronchite, péribronchite, extravasats, pneumonie. D'après l'auteur, l'absorption continuelle de l'ozone produit une excitation cérébrale qui agit sur le centre respiratoire au point d'anihiler ses fonctions; le sang lui-même ne subit aucune modification, le cœur est souvent en état de dégénérescence graisseuse; enfin il faut mentionner l'existence fréquente d'inflammation purulente.

PAUL TISSIER.

Untersuchungen über die Ausscheidung des Schlangengiftes... (Elimination du venin des serpents par l'estomac), par K. ALT (*München. med. Woch.*, *n°* 41, *p.* 724, 1892).

Alt se procure le venin en faisant mordre des vipères fraîchement prises sur une petite éponge, qui est ensuite exprimée. En précipitant le poison par l'alcool (3 volumes) il obtient une substance aussi active que le venin en nature et l'injecte à des chiens, après leur avoir au préalable soigneusement lavé l'estomac. A petites doses, le poison produit d'abord des nausées et des vomissements ; puis après une demi-heure le chien devient somnolent, parétique du train de derrière. Il se réveille après 6-10 heures et est guéri après 15 heures. A doses plus fortes, mêmes symptômes ; mais la parésie est plus accentuée et la guérison demande plusieurs jours. Avec le poison donné par la totalité d'une morsure, il y a paralysie presque complète des membres postérieurs, les chiens tombent dans une apathie complète et ne guérissent, s'ils le font, qu'après des semaines. Dans les cas mortels, la respiration est superficielle, irrégulière, la contraction cardiaque faible, irrégulière, des secousses fibrillaires agitent le système musculaire. Jamais il ne s'est produit de convulsions, et même le poison du serpent a pu arrêter les secousses produites par un autre toxique. Avec l'aspic, on obtient des symptômes analogues, mais plus accentués. Si on fait aux chiens intoxiqués le lavage de l'estomac pendant une heure, les chiens inoculés à petites doses présentent très peu de troubles; à doses moyennes ils guérissent en six ou huit heures ; avec les fortes doses, la guérison se fait d'une façon remarquablement rapide. Jamais les chiens lavés n'ont vomi. Il se fait donc par le lavage une désintoxication de l'individu.

L'eau de lavage d'un estomac de chien normal donne par l'alcool un précipité léger, qui ne produit aucun des symptômes précités ; avec l'eau provenant d'un estomac de chien intoxiqué, on obtient un précipité floconneux, qui, recueilli sur le filtre et repris par l'eau, a donné des symptômes non douteux d'intoxication.

En conséquence, il conseille, chez l'homme mordu et venant réclamer des soins, après que le poison s'est répandu dans la circulation, d'essayer le lavage abondant de l'estomac, ou bien même de le faire vomir après lui avoir fait absorber de grandes quantités d'eau. C. LUZET.

Ricerche sperimentali sulla istologia patologica del nucleo negli avvelenamenti, par S. AIELLO (*La Riforma medica*, *p.* 159, 18 *octobre* 1892).

L'auteur a étudié, sur le lapin, le noyau des cellules des reins et du foie à la suite des empoisonnements par l'arsenic, le plomb, l'antimoine, le bismuth, le mercure. Il y a rencontré les lésions suivantes : imbibition active, imbibition passive (dégénérescence vacuoliforme, hydropique, rétraction de la chromatine), atrophie et hypertrophie, dégénérescence granuleuse à petites et à grosses granulations, dégénérescence pigmentaire, dégénérescence chromatinique, fragmentation et dissolution de la chromatine, chromatolyse, dégénérescence cristalline, dégénérescence en 8 de chiffre, karyolyse. GEORGES THIBIERGE.

Eine experimentelle Untersuchung... (Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par le plomb ; des altérations du système nerveux), par S. STIEIGLITZ (*Archiv für Psychiatrie*, *XXIV*, 1, *p.* 1).

Dans ce mémoire, l'auteur passe en revue les principaux travaux antérieurs relatifs aux altérations du système nerveux en rapport avec une intoxication saturnine. Il rend compte de ses propres expériences entreprises pour élucider la pathogénie de la paralysie saturnine. Un résultat constant a été la constatation de lésions spinales, en partie très grossières, dans tous les cas de paralysie saturnine expérimentale.

Dans un cas où la paralysie a présenté une évolution aiguë au début, et subaiguë plus tard, on a trouvé dans le segment lombaire un foyer inflammatoire qui intéressait la corne antérieure, avec dégénérescence commençante des cellules ganglionnaires. Or dans ce cas, les nerfs périphériques ont été trouvés intacts.

Dans un autre cas, à évolution chronique, on a trouvé l'une des cornes antérieures de la moelle envahie par un processus atrophiant sur une étendue considérable, avec des altérations moins prononcées des cellules ganglionnaires que dans le cas précédent.

De plus, la corne postérieure participait à ces altérations, mais dans une mesure moindre. Les racines antérieures et les racines postérieures, ainsi que les nerfs périphériques étaient dégénérés.

Dans deux autres cas, les lésions spinales se réduisaient aux altérations dégénératrices bien connues (vacuolisation) des cellules ganglionnaires des cornes antérieures ; dans l'un de ces cas, où ces altérations spinales atteignaient une intensité particulièrement grande, les racines antérieures et les nerfs périphériques présentaient un commencement de dégénérescence.

Dans 18 autres cas, où, du vivant des animaux en expérience, on n'avait pas constaté de paralysie, l'autopsie a révélé l'existence d'une vacuolisation plus ou moins accentuée des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, et d'une dégénérescence, variable comme intensité, des gaines de myéline, dans les racines antérieures et postérieures, et dans les nerfs périphériques. D'une façon générale, cette dégénérescence des nerfs périphériques était plus prononcée dans les cas où la vacuolisation des cellules ganglionnaires était elle-même plus intense.

Cependant, l'auteur ne croit pas devoir tirer de ces constatations des conclusions générales. La constance et l'intensité des lésions spinales parle en faveur de l'origine centrale de la paralysie saturnine constatée dans les expériences de l'auteur. Mais comment expliquer les altérations concomitantes des racines postérieures, alors que les ganglions spinaux ne présentaient pas des altérations bien nettes ? E. RICKLIN.

THÉRAPEUTIQUE.

Formulaire de l'antisepsie et de la désinfection, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN (*In*-12, *Paris*, 1893).

On trouvera dans ce petit volume un résumé de tout ce qui a trait à l'antisepsie et à la désinfection. A côté de considérations générales sur les maladies infectieuses et l'antisepsie en général, sur la désinfection des locaux, des vêtements, des déjections, l'auteur traite en détail chaque agent antiseptique, en donnant pour chacun un petit répertoire pharmacologique et thérapeutique. L'antisepsie des divers organes présente un peu de confusion par sa brièveté et le rapprochement de formules qui s'appliquent à des cas trop divers. A. CARTAZ.

Le régime des diabétiques, par EBSTEIN (*In*-8°, *Paris*, 1893).

L'ouvrage d'Ebstein contient un aperçu historique du traitement des diabétiques, une critique des régimes actuellement en honneur. Il insiste sur l'insuffisance du traitement médicamenteux, l'importance d'une alimentation appropriée et d'une vie réglée, et proteste contre l'application *a priori* d'un régime systématique, sans avoir étudié la nutrition du malade. Chez les diabétiques dont l'urine prend une coloration rouge intense par l'addition du perchlorure de fer, c'est-à-dire, contient une grande quantité d'acide acétique, il ne supprime jamais brusquement les amylacés ; quand cette réaction se montre chez des malades soumis au régime azoté exclusif, il y renonce et leur donne des amylacés. Il veut ainsi prévenir les accidents comateux. De même, ne faut-il pas pousser à la suralimentation par la viande et les graisses, les diabétiques maigres.

Le point essentiel et indispensable d'un traitement fructueux du diabète sucré est sa continuation pendant toute la vie. Ebstein recommande une alimentation variée, agréable, riche en graisses. Il préconise notamment une préparation de gluten dans l'albumine végétale, l'aleurone qui contient 80 0/0 d'albumine, 7 0/0 d'hydrate de carbone, 8,8 0/0 d'eau, et qui remplace très avantageusement le pain de gluten, en la mélangeant à la farine de froment. Le pain d'aleurone se digère très bien. H. L.

Traitement de la phtisie pulmonaire, par G. DAREMBERG (2 *vol. in*-16. *Paris*, 1892).

Il y a peu d'années, la phtisie pulmonaire était considérée comme une maladie à peu près incurable : Bennett et Jaccoud réagirent les premiers contre cette tendance, et démontrèrent la curabilité de la tuberculose. Les deux volumes que consacre Daremberg à cette question capitale sont la démonstration de cette consolante manière de voir.

L'auteur part de ce point de vue, que le tubercule tend naturellement, par son évolution spontanée, à s'enkyster et à devenir fibreux, même quand une partie du parenchyme altéré s'est éliminée. Le traitement doit favoriser ce processus curateur. Il ne faut pas compter, pour modifier le terrain morbide, sur les antagonismes pathologiques ; au contraire toutes les maladies prédisposent à la tuberculose, ce qu'il faut éviter c'est la contagion du microbe et les conditions de sa propagation.

Jusqu'ici, la destruction directe du bacille tuberculeux ne saurait être obtenue thérapeutiquement : les essais de vaccination expérimentale et les inoculations de tuberculine sont médiocrement utiles, quand elles ne se montrent pas nuisibles.

Il en est de même des traitements antiparasitaires, auxquels résiste le bacille : air chaud, raréfié, comprimé, médications sulfureuse et arsenicale, iodique, cantharidique : toutes ces méthodes peuvent rendre accessoirement des services, mais ne détruisent pas les germes morbides. Les traitements par les eaux minérales sont efficaces moins par la minéralisation de leurs sources que par les conditions d'hygiène imposées aux malades. Le seule médication qui semble avoir une efficacité sinon absolue, du moins relative, est la créosote et ses dérivés. C'est le moins mauvais des médicaments internes, avec l'huile de foie de morue qui peut être considérée comme une espèce d'aliment.

Les vrais agents de la cure de la tuberculose sont les moyens hygiéniques : en première ligne l'alimentation et la suralimentation, puis la pureté de l'air. Comme Jaccoud, Daremberg préconise l'aération permanente, même pendant la nuit, et l'accoutumance des malades au grand air : il règlemente très judicieusement la journée du phtisique, le degré d'exercice qu'il peut prendre, les soins qu'il doit donner à son corps, sous forme de lotions, de frictions, d'hydrothérapie, et il étudie, dans une série d'excellents chapitres, les différents climats les plus aptes à modifier la tuberculose. Tout en donnant la préférence à la côte méditerranéenne (on ne saurait le lui reprocher), il tient les stations alpestres en haute estime et montre tout le parti que l'on peut tirer des sanataria d'altitude.

Les derniers chapitres de cet excellent ouvrage sont consacrés au traitement des accidents et des complications de la phtisie pulmonaire.

Le livre de Daremberg est consolant pour les malades et pour les médecins : il est écrit avec la foi d'un homme qui a vu de près la maladie et qui s'est senti revenir à la vie. Il y a des pages charmantes sur le bonheur du phtisique qui, sous l'influence de l'hygiène, voit successivement disparaître la fièvre, la toux, les sueurs, et qui renaît à l'espérance. Ce livre est un modèle de sens clinique, plein d'indications claires et précises, et de conseils judicieux. Je ne lui ferai qu'un tout petit reproche : un ouvrage si bien documenté devrait nous fournir la source des nombreux mémoires originaux qui y sont résumés : un index bibliographique le compléterait, au grand bénéfice du lecteur.

H. R.

Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par les injections de gaïacol iodoformé, par LAPLANCHE (*Thèse de Paris,* 1892).

Il s'agit d'injections hypodermiques dont le liquide contient 0,05 cen-

tigrammes de gaïacol, 0,01 centigramme d'iodoforme et un centimètre cube d'huile d'amandes douces stérilisée. Ces injections sont indolentes et d'une innocuité absolue. Le gaïacol doit être administré à dose progressive jusqu'à concurrence de un gramme par jour. R. FAURE MILLER.

Essai de traitement direct de la tuberculose pulmonaire par les injections interstitielles de chlorure de zinc, par COMBY (*Soc. méd. des hôpit.*, 30 *décembre* 1892).

Comby a fait sur 3 malades, atteints de tuberculose pulmonaire au début, des injections intra-pulmonaires de chlorure de zinc, dont le titre variait de 1/50 à 1/20. Elles ont été très bien tolérées; il n'injectait pas plus de 3 gouttes de la solution à la fois, et répétait l'injection 2 fois par semaine. Le résultat thérapeutique a été une légère amélioration.

H. L.

Du traitement des pneumonies et des congestions pulmonaires aiguës par les enveloppements humides prolongés, par J. TURBIAN (*Thèse de Paris*, 1892).

Les enveloppements dans le drap mouillé sont d'une application plus aisée et plus facilement acceptés que les bains froids.

3 phénomènes successifs se produisent : 1° l'action du froid; 2° le réchauffement; 3° l'action de la chaleur.

Les résultats en sont : une sensation de bien-être et la disparition des symptômes douloureux; une amplitude plus grande des mouvements respiratoires et leur diminution de nombre; une expectoration plus aisée; une sudation abondante; une stimulation du cœur démontrée par l'examen du pouls; une sédation dans les symptômes nerveux; un abaissement dans la température; un accroissement dans la sécrétion rénale se faisant le lendemain de l'enveloppement et non le jour même, à cause de la sudation: des modifications heureuses du côté du tube digestif: enfin, une congestion périphérique considérable se traduisant par la rougeur des téguments.

Le malade reste une heure enveloppé; il est soutenu par des boissons toniques dont l'alcool est la principale. R. FAURE MILLER.

Des abcès de fixation, par L. REVILLIOD (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, 573, *septembre* 1892).

Après avoir rapporté deux cas de pneumonies graves, *jugées*, heureusement, contre toute attente, à la suite de la formation d'abcès critiques ou métastatiques, Revilliod relate deux autres faits de pneumonie dans lesquels la suppuration semblait imminente et un cas de pseudo-rhumatisme infectieux. Ces 3 malades, dont l'état était très inquiétant, ont guéri par le traitement de Fochier. D'autre part, il a eu quatre insuccès avec la même médication, chez 2 pneumoniques agonisants et dans 2 cas de méningite tuberculeuse : chez ces malades, le phlegmon dû aux injections de térébenthine n'est pas arrivé à suppuration.

Revilliod pense que l'absence de microbes dans le pus térébenthiné et le peu de tendance de ces abcès artificiels à s'ouvrir spontanément, s'expliquent par l'action microbicide de la térébenthine. (*R. S. M.*, XXXIX, 266; XL 109 et 110 et XLI, 115.) J. B.

I. — Du traitement de l'angine diphtérique par l'acide chromique, par LESCURE (*France méd.*, *n°* 2, *p.* 18, 1892).

II. — Beitrag zur Therapie der Rachendiphtheritis mittelst Pilocarpinum hydrochloricum, par FIEDLER (*Wiener med. Presse*, 2 *janv.* 1893).

I. — L'auteur a traité 54 cas de diphtérie, dont cinq hypertoxiques, sans un seul décès de la façon suivante : une ou deux fois par jour on badigeonne légèrement les fausses membranes avec une solution aqueuse d'acide chromique à 40 pour cent. Trois ou quatre fois par jour on badigeonne les parties voisines avec une solution au cinquième de tannin dans la glycérine. Ce traitement, qui se complète par le traitement général (eucalyptus, toniques) est absolument indolore; la guérison est rapidement obtenue. LEFLAIVE.

II. — En décembre dernier, chez 4 enfants âgés de 2 à 7 ans, gravement atteints de diphtérie laryngée, Fiedler a employé le chlorhydrate de pilocarpine soit en potions soit en injections sous-cutanées. Les 4 cas se sont terminés par la mort. CART.

Traitement de la diphtérie par l'eau oxygénée, par F. H. BLOODWORTH (*Therapeutic Gazette*, 16 *mai* 1892).

C'est à la fois un antiseptique et un dissolvant des membranes. Il doit être appliqué toutes les demi-heures, soit en attouchements, soit en gargarismes. R. FAURE MILLER.

I. — Zur Behandlung der Diphterie mit liquor Ferri sesquichlorati, par E. HUEBNER (*Therap. Monatshefte*, *n°* 12, *décembre* 1892).

II. — Eisenchlorid gegen Diphterie. (Perchlorure de fer contre la diphtérie) par N. ROSENTHAL (*Therap. Monatshefte*, *n°* 121, *p.* 641, 1892).

I. — Hübner recommande de traiter localement la diphtérie par la perchlorure de fer : le premier effet est la disparition de la fétidité et le nettoyage de la surface des fausses membranes. Bientôt les ganglions lymphatiques correspondants diminuent de volume. Le larynx reste indemne. Les badigeonnages se font deux fois par jour, trois fois dans les cas graves; au début on emploie la liqueur de perchlorure de fer pure, et au bout de quelque temps on la dilue.

Le perchlorure de fer n'a aucune action nocive sur les parties saines. Chez un enfant de 7 ans, la chute du pinceau dans le larynx ne détermina ni toux ni spasme de la glotte. Simple rougeur des cordes vocales.

La solution normale de perchlorure de fer tue instantanément le bacille de Löffler, même à la dilution de 1/5. Elle a pour avantage sur le sublimé sa non-toxicité.

II. — Le perchlorure de fer est un excellent moyen; son seul inconvénient est de noircir les dents. On peut éviter cet inconvénient par l'addition de glycérine.

Voici la formule : perchlorure de fer, 2 grammes; eau 100 grammes; glycérine, quelques gouttes. Toutes les heure une cuillerée à bouche ou une cuillerée à café suivant l'âge, jour et nuit. Aucun autre médicament.

La fièvre tombe au bout de 24 heures, le pouls redevient normal, l'état subjectif meilleur, l'appétit reparaît. L'exsudat amygdalien même lorsqu'il est fétide et crémeux devient, au bout de 24 heures, épais, membraneux et sans odeur, et tombe au bout de quelques jours en larges lambeaux. La convalescence est très courte.

Les cas traités étaient tous de la diphtérie vraie. Sur 79 malades ainsi traités, aucun cas de diphtérie laryngée : il y eut 7 morts soit moins de 9 0/0. Sur 11 malades traités autrement (diphtérie laryngée) 9 morts.

PAUL TISSIER.

Lavage de l'estomac, par DEBOVE et RÉMOND (de Nancy), (1 *vol. in*-12, *Paris*, 1892).

Malgré le titre de cet ouvrage, les auteurs étudient non pas simplement le lavage stomacal, mais, d'une part, les renseignements que peuvent fournir les explorations stomacales faites à l'aide du siphon en caoutchouc, et, de l'autre, les applications de cet instrument au traitement des affections du tube digestif. Debove et Rémond passent en revue les procédés qualitatifs et quantitatifs d'examen du suc gastrique, et tout en insistant sur les plus défectueux d'entre eux, ils ne signalent le procédé analytique de Winter que pour en faire une critique non fondée. C'est le seul, cependant, qui permette, ainsi que l'a constaté G. Hayem, de faire servir utilement l'analyse chimique du suc stomacal au diagnostic des gastropathies, et notamment des diverses formes de la gastrite chronique. Les auteurs ne paraissent pas s'être rattachés à un procédé chimique régulier. Aussi, après une étude longue, mais un peu confuse sur la question, arrivent-ils, dans un court chapitre intitulé « valeur diagnostique des résultats fournis par le lavage », à des conclusions tellement peu précises, qu'elles sont faites pour décourager le praticien qui voudrait se servir de l'exploration gastrique par la sonde, plutôt qu'à l'engager à suivre une voie où d'autres sont arrivés à des résultats de la plus grande importance.

La partie thérapeutique est riche en renseignements intéressants sur les diverses circonstances dans lesquelles le lavage peut être utilisé; mais cet acte thérapeutique n'est considéré par les auteurs que comme un moyen mécanique destiné à nettoyer et à désinfecter la poche ventriculaire. L'action médicamenteuse que peut exercer le lavage a été entièrement négligée.

G. H.

Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalen... (**De l'influence des acides et des alcalins sur l'alcalinité du sang humain et sur la réaction de l'urine**), par **Th. GEISLER** (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXV*, 3).

A la suite de l'ingestion d'acide chlorhydrique, d'acide lactique, de bicarbonate de soude, etc., Geisler trouva que l'alcalinité du sang ne subit point de modifications chez tous les individus. L'influence que ces substances exercent à cet égard sur le sang est peu prononcée. L'urine, au contraire, devient dans ces conditions, presque toujours acide ou alcaline. La thérapeutique peut donc, par un régime approprié, tirer parti de cette influence du régime sur la composition de l'urine.

ÉD. RETTERER.

Ueber die Magendouche... (Sur la douche stomacale, par Th. ROSENHEIM (*Therap. Monatshefte, n°* 8, *p.* 382, 1892).

Méthode : sonde perforée de nombreux orifices de 1 à 2 millimètres de diamètre; l'orifice de l'extrémité de la sonde a 3 à 4 millimètres. Il permet de retirer plus facilement les liquides injectés et d'évacuer au besoin les restes d'aliments.

Douche le matin; cinq ou six douches à chaque séance.

Avantages : 1° lavage de toutes les parties de l'estomac; 2° réplétion lente de sa cavité; 3° non évacuation des aliments, ce qui est important dans les cas de parésie motrice légère; 4° opération plus facile.

La douche est utile dans la dyspepsie nerveuse accompagnée ou non de neurasthénie générale; dans le catarrhe chronique de l'estomac de degré moyen, lié ou non à une diminution du pouvoir moteur; dans les états graves d'excitation des nerfs sensibles et de l'appareil secrétoire (gastralgie, gastro-succorrhée). C'est un procédé tonique et calmant réussissant même dans les formes tenaces.

La douche à l'eau chaude simple ne semble pas avoir d'influence nette sur l'énergie de la sécrétion. Mais l'addition de sel à l'eau d'irrigation permet de faire monter la sécrétion d'HCl et celle de nitrate d'argent de diminuer, souvent d'une façon très notable, cette sécrétion. P. TISSIER.

Sur l'emploi de la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgique, par DESNOS (*Bull. de thérap.*, 30 *juin* 1892).

La solanine est un produit extrait de diverses espèces du genre *solanum*. Desnos l'a employée dans dix-neuf cas d'affections de l'estomac avec gastralgie, à des doses variant de 5 à 10 centigrammes par jour en deux fois. Il a observé la sédation, puis la cessation de la douleur et des vomissements, se produisant d'une façon rapide. Il faut en général revenir deux ou trois fois à l'usage de ce médicament avant que les douleurs aient complètement disparu.

En dehors de cette sédation de la gastralgie et des vomissements, l'auteur a noté rarement de la dilatation pupillaire, quelquefois de la somnolence, des nausées, un peu de diarrhée. R. FAURE MILLER.

Pathogénie et traitement des néphrites et du mal de Bright, par LABADIE-LAGRAVE (*In-16, Paris*, 1893).

Après avoir exposé d'une manière claire et précise les conditions étiologiques dans lesquelles se produisent les néphrites, l'auteur résume rapidement la pathologie de ces affections. Peut-être n'a-t-il pas insisté d'une manière suffisante dans ce préambule sur les rapports qui relient le mal de Bright proprement dit avec les gastropathies.

La partie la plus importante de l'ouvrage est consacrée au traitement. Un paragraphe intéressant indique les médications rendues dangereuses par insuffisance rénale. Plus loin tous les médicaments essayés dans les néphrites et le mal de Bright sont cités et appréciés, y compris les plus nouveaux, tels que les sels de strontiane. L'auteur a grand soin de ne pas encore se prononcer sur la valeur de ces derniers médicaments qui n'ont pas encore été suffisamment éprouvés. Il accorde avec raison une

part prépondérante aux préceptes hygiéniques et discute avec beaucoup de sagacité les questions relatives au régime. G. H.

Accidents urémiques avec anurie. Tentative de traitement par des injections sous-cutanées de néphrine, par DIEULAFOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *octobre* 1892).

Un homme de 43 ans entre à l'hôpital pour des accidents dyspnéiques intenses, ayant débuté deux mois auparavant, et d'origine urémique, avec urines rares, très peu denses, pauvres en albumine, congestion des bases du poumon, bronchite diffuse et hypertrophie cardiaque.

Après quelques jours de régime lacté absolu, la dyspnée avait presque disparu, quand soudain, le 3 septembre, reparut l'oppression accompagnée d'une expectoration abondante, mousseuse, comme du blanc d'œuf battu. En même temps, anurie presque complète. Le 5, moins de dyspnée, mais état soporeux, anurie complète. Le 6, la dyspnée a disparu, mais l'anurie persiste, avec sopor et sueurs d'urée. Le soir, Dieulafoy pratique deux injections sous-cutanées, de 50 centigrammes de néphrine de cobaye. Le 7, trois injections, contenant ensemble 2 grammes et demi de néphrine de bœuf; après chaque injection, le malade semble se réveiller et prend un peu de lait. Le 8, on injecte 6 grammes de néphrine, un gramme toutes les deux heures. Dans la nuit du 8 au 9, le malade urine enfin, et rend 650 grammes d'urine; il répond bien, les sueurs ont disparu, ainsi que la dyspnée. Le 10, les sueurs d'urée reprennent, et quoique l'on continue les injections de néphrine, le malade est pris de diarrhée plus intense, et enfin de coma auquel s'ajoutent des convulsions épileptiformes très violentes qui amènent la mort en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouve le cœur hypertrophié, les reins petits, granuleux; l'histologie montra qu'ils étaient atteints d'une néphrite mixte.

Dieulafoy n'a vu que trois cas d'expectoration albumineuse au cours du mal de Bright; dans tous elle est venue sous forme d'accès s'accompagnant d'une dyspnée intense, durant une à plusieurs heures.

Les sueurs d'urée qu'il a vues 6 fois ont une grande valeur pronostique; c'est toujours la mort à bref délai.

Chez ce malade, on a trouvé de l'urée dans les fèces, 9 grammes et demi par litre, dans le liquide pleural 7,62; dans le cerveau, 1gr,5 par kilogramme; dans le foie 2,97; dans les muscles 2,95; dans le cœur 2,65; dans le poumon 2,02.

La néphrine avait été préparée avec un rein de bœuf pris sur un animal immolé; la substance corticale était seule recueillie, hachée (200 gr.), additionnée de glycérine neutre (300 gr.), d'eau stérilisée (200 gr.) contenant 5/00 de sel marin. Le tout macéra cinq heures dans un vase entouré de glace, fut filtré sur un filtre de papier, puis sur une bougie Chamberland.

On recueillit ainsi 50 grammes d'un liquide jaunâtre, transparent, visqueux. H. L.

I. — Action thérapeutique du bleu de méthylène, par BOINET et TRINTIGNAN (*Marseille médical*, *n°* 17, *p.* 574, 1892).

II. — Malariafall behandelt mit Methylenblau, par von der MUHLL (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 17, *p.* 540, 1er *septembre* 1892).

I. — La dose thérapeutique est de 60 centigrammes à 1 gramme par jour,

que l'on administre par fractions de 0,10 à 0,20 centigrammes en cachets ou en pilules. Le bleu de méthylène donne des résultats favorables dans l'impaludisme quand le sulfate de quinine a échoué, et quand la maladie est de date récente ; il est moins efficace dans le cas d'impaludisme chronique et de cachexie.

Il donne de bons résultats dans la blennorragie et la blennorrée, soit à l'intérieur, soit en injections. Il paraît sans efficacité contre la tuberculose.

LEFLAIVE.

II. — Homme de 38 ans ayant séjourné 5 ans en Algérie sans être malade. Il y a deux ans, il rentre en Europe et, dans la traversée, il est pris d'accès fébriles quotidiens pour lesquels on le soigne 3 semaines à Marseille. De retour en Suisse, il y est de nouveau pris d'accès paludéens revenant chaque jour entre 8 et 9 heures du matin,

Administration, le soir et la nuit, de 5 cachets de dix centigrammes de bleu de méthylène. Les 5 premières doses n'eurent aucun effet, mais dès le 2e jour de la médication, les accès cessèrent définitivement. Le malade a pris en tout 3 grammes de bleu de méthylène.

Au bout de 3 semaines, il n'existait plus d'hypertrophie splénique, mais le sang renfermait encore quelques plasmodies.

Sous l'influence du traitement, qui n'a déterminé aucun phénomène fâcheux, le poids du corps, la proportion d'hémoglobine et le chiffre des globules rouges se sont accrus (*R. S. M.*, XL, 116). J. B.

De l'emploi de la phénacétine dans la fièvre intermittente, par BERNHEIM (*Revue méd. de l'Est*, n° 21, *p.* 664, 1892).

La phénacétine peut comme le sulfate de quinine supprimer les accès de fièvre intermittente. Il faut pour cela l'administrer de telle façon que l'accès doive survenir pendant la période dans laquelle la phénacétine donnera ses effets antithermiques. On donnera 1 gramme 3 heures avant le moment présumé de l'accès, puis 0,50 centigrammes à 1 gramme 2 heures avant.

Le sulfate de quinine n'aurait sur la phénacétine que l'avantage de produire une action antipyrétique plus durable. LEFLAIVE.

Sulla terapia diretta del tumore splenico da malaria, par F. BRANCACCIO et A. SOLARO (*Gl' Incurrabili*, 1892).

Les auteurs ont fait chez 3 paludéens des injections intra-spléniques d'ergotinine de Tanret et d'ergotine de Bonjean; les injections d'ergotine ont provoqué une diminution notable du volume de la rate et une élévation de température qui a atteint 41°; c'est cette substance qui agit le plus activement contre la splénomégalie paludéenne.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Behandlung des Typhus abdominalis mit Thallin, par Franz SCHMID (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 17, *p.* 529, 1er *septembre* 1892).

Schmid a traité 20 nouveaux cas (*R. S. M.*, XXXVII, 109) de fièvre typhoïde par la thalline, administrée d'heure en heure, au moins durant le jour, et toutes les deux ou trois heures, suivant le degré de fièvre, durant la nuit. Il la faisait ingérer en solution aqueuse au centième. Il a eu 2 décès et 5 rechutes.

Il confirme le fait que ce médicament agit surtout à l'apogée du

mouvement fébrile. La thalline ne se borne pas, d'ailleurs, à abaisser la température des téguments, car la température rectale n'offre qu'un excédant de 4/10. Elle n'a provoqué ni diarrhée, ni autres phénomènes désagréables que des sueurs et des frissons. Elle est seulement coûteuse (3 francs par jour pour les cas graves). J. B.

Treatment of enteric or typhoid fever by means of systematic cold bathing (Bains froids), par WILSON (*Med. News*, *p.* 589, 26 *novembre* 1892).

Wilson traite systématiquement la fièvre typhoïde par les bains froids : les malades portés moribonds à l'hôpital, ou ceux qui sont portés à un stade trop avancé de la maladie (pendant ou après la troisième semaine), sont les seuls qui ne soient pas soumis au traitement.

Voici la statistique du service pour la période de juin 1891 à juin 1892, 66 malades traités avec 4 décès. Les patients étaient surtout des adolescents ou de jeunes adultes, entre 15 et 40 ans. On a noté 8 rechutes. Le nombre moyen des bains administrés fut de 44 par malade : un malade n'en prit qu'un seul, un autre malade en pris 139. D'autres cas abortifs furent traités par 2, 3 et 5 bains. Le séjour moyen à l'hôpital, pour les malades qni ont guéri, est d'environ 35 jours.

Depuis que la méthode est appliquée dans le service de Wilson, depuis janvier 1890, le nombre total de cas traités est de 226; 12 malades ont succombé, soit 5,3 0/0. Sur cette série de 226 cas, on a noté 19 rechutes.

MAUBRAC.

I. — **Traitement de la fièvre typhoïde, par HAYEM** (*Annales de médecine*, *n°* 26, *p.* 201, 1891).

II. — **Traitement de la fièvre typhoïde, par JUHEL-RÉNOY** (*In*-16. *Paris*, 1892).

III. — **Ueber Chloroformbehandlung des Darmtyphus (Traitement de la fièvre typhoïde par le chloroforme), par WERNER** (*St-Petersburger med. Woch.*, *n°* 3, 1892).

IV. — **Térébenthine dans la fièvre typhoïde, par E. WOOD** (*Therapeutic Gazette*, 15 *juin* 1892).

I. — Hayem a introduit l'acide lactique dans le traitement de la fièvre typhoïde et l'emploie avec ou sans bain, suivant les indications. Non seulement l'acide lactique modère la diarrhée, mais encore, dans certaines conditions, il abrège la durée de la maladie. On prescrit ce médicament sous la forme d'une limonade à 15 ou 25 grammes, à prendre dans la journée. La dose moyenne, suffisamment active en général, est de 20 grammes. Il est très bien supporté dans la grande majorité des cas: lorsqu'il y a intolérance gastrique, il suffit parfois d'additionner la limonade d'un peu d'eau de Seltz.

Dans les cas légers et de moyenne intensité l'acide lactique doit faire la base de la médication.

Le traitement par l'acide lactique seul est insuffisant, lorsque les formes sont graves et que l'infection générale est déjà intense au moment où l'on est appelé à intervenir, mais même dans ces cas graves l'acide lactique est encore utile : il modère la diarrhée et parfois déterminé même, au bout de quelques jours de la constipation; il fait tomber le

météorisme; il rend les malades plus sensibles à l'emploi des moyens antithermiques; il abrège la durée de la maladie et favorise la défervescence, qui peut se faire d'une façon brusque, au lieu d'être traînante; il fait souvent disparaître le stade amphibole des formes graves; il exerce enfin une action favorable sur le tube digestif et sur la nutrition générale, par suite, il abrège, d'une manière remarquable la durée de la convalescence, en diminuant la consomption et en favorisant le retour des forces et de l'appétit.

Les tracés thermiques annexés à ce travail démontrent nettement l'influence exercée par le traitement précédent sur la marche de la température et l'évolution de la maladie. G. LYON.

II.— L'auteur s'est fait à Paris l'apôtre du procédé systématique de Brand. Son livre est écrit avec conviction et il aura certainement pour résultat de rendre les médecins moins timorés dans l'emploi d'une méthode qui fournit incontestablement d'excellents résultats. Mais puisque Juhel-Rénoy passe en même temps en revue les divers traitements de la fièvre typhoïde, nous exprimerons le regret de ne pas voir figurer dans son énumération celui auquel s'est rattaché Hayem. G. H.

III. — Pendant la période aiguë de la maladie, le malade prend jour et nuit toutes les heures ou toutes les deux heures une cuillerée à soupe d'une solution de chloroforme à un pour cent. Les doses sont espacées au déclin de la maladie. De 130 malades ainsi traités, aucun n'est mort (Werner avait eu précédemment 11 morts sur 102 cas).

Les fièvres typhoïdes traitées par le chloroforme ont eu une marche modérément grave et sans complication, si ce n'est de l'ictère dans quatre cas. La bouche et la langue sont restées humides; la soif et la diarrhée se sont apaisées rapidement; le météorisme a été peu prononcé ou nul. Les rechutes ont été rares. LEFLAIVE.

IV. — Wood recommande la térébenthine, quand dans la convalescence de la fièvre typhoïde, certains symptômes intestinaux démontrent une lenteur de cicatrisation des ulcères ou quand à la fin de la seconde semaine, il se développe une tympanite accusée avec sécheresse de la langue. R. FAURE MILLER.

L'emploi du salol comme moyen de rendre les urines réfractaires au développement des agents de la cystite, par DENYS et SLUYTS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 6, *p.* 566, 1892).

Avec une dose journalière de 4 grammes de salol pris par la bouche, on rend les urines réfractaires au développement du streptocoque pyogène. Avec 5 et 6 grammes, on les rend réfractaires au bacille aérogène; avec 8 grammes, au staphylocoque pyogène. Non seulement les doses médicamenteuses de salol enrayent le développement des agents de la cystite, mais elles les font périr. Les infections urinaires sont donc une indication de l'usage interne du salol. LEFLAIVE.

Septième cas de tétanos traumatique traité par l'antitoxine de Tizzoni-Cattani. Guérison, par Giovanni CASALI (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit., XII, n.* 2-3, *p.* 56, 1892).

Une femme de 22 ans se blesse légèrement au pied le 9 avril 1892. Lavage

et pansement antiseptiques de la plaie qui suppure. Le 23 avril, éclatent les symptômes du tétanos : trismus, rire sardonique, oppression... L'examen du pus de la plaie y révèle la présence du bacille du tétanos, et avec celui du streptococcus septicus et d'un bacille sporulé de la terre.

La plaie est désinfectée avec soin au moyen d'eau phéniquée, et cautérisée avec une solution au centième de nitrate d'argent. En même temps, on fait prendre à la malade 6 grammes de chloral par jour, et on fait chaque jour deux injections sous-cutanées de 25 grammes de sérum de chien vacciné contre le tétanos.

Le 27 avril, la 6e et dernière injection n'est plus que de 15 grammes. Pendant le traitement, la température oscilla entre 37° et 38°, et le pouls entre 100° et 120°. Le 27 avril seulement la température s'éleva à 39° et le pouls à 124° ; ce même jour, la malade eut des sueurs profuses et une éruption sudorale que l'auteur attribue à une septicémie légère due au streptococcus septicus. La disparition progressive des symptômes tétaniques pendant la durée du traitement aboutit à la guérison le 27 avril.

L'auteur en conclut que l'antitoxine tétanique est active, alors même qu'au tétanos se joint un processus septicémique léger, et que le traitement est commencé au moment même où éclatent les premiers symptômes.

I. — Untersuchungen ueber die therapeutische Wirkung des Dermatol, par C. COLASANTI et U. DUTTO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 34, *p.* 845, 22 *août* 1892).

II. — Ueber die Ungiftigkeit des Dermatols, par E. GLAESER (*Ibidem*, *n°* 41, *p.* 1024, 10 *octobre* 1892).

III. — Das Anwendungsgebiet des Dermatols, par R. HEINZ (*Ibidem*, *n°* 47, *p.* 1190, 21 *novembre*).

I. — Colasanti et Dutto administrent le dermatol à doses quotidiennes de 2 à 6 grammes.

Dans toutes les formes de diarrhée où ils ont essayé ce médicament, les résultats ont été excellents; à savoir, chez une centaine de phtisiques atteints de diarrhée colliquative, chez 12 typhoïdiques, chez 10 malades atteints d'entérocolite dysentériforme rebelle, chez 6 paludéens cachectiques, enfin dans la diarrhée des convalescents d'affections fébriles.

Jamais ils n'en ont noté aucun mauvais effet; jamais, non plus, ils n'en ont retrouvé les éléments constituants ni les dérivés dans l'urine des malades.

Leur conclusion est que le dermatol est l'un des antidiarrhéiques les plus sûrs et les plus inoffensifs.

II. — Glaeser affirme la parfaite innocuité du dermatol chimiquement pur, après l'avoir employé, à doses massives et prolongées, dans de nombreuses opérations sur l'abdomen. On connaît toutefois des faits d'empoisonnement par le magistère de bismuth, appliqué comme topique; ils sont dus à Kocher (*R. S. M.*, XXIII, 273) et à Petersen (*R. S. M.*, XXIV, 455), mais ils se traduisent par de la stomatite avec gonflement des gencives, de la langue et du pharynx, de l'ébranlement des dents avec liseré gingival noir, du catarrhe intestinal avec coliques et diarrhée, de la néphrite desquamative avec albumine et cylindres granuleux dans l'urine

et dépôts calcaires dans les reins, et de la pigmentation noirâtre de tout l'intestin formée par du sulfure de bismuth.

Pour Glaeser, le dermatol est le meilleur mode de pansement des périnéoplasties ; il l'applique, à la dose de 10 grammes ou davantage, sur le pédicule des fibromes qu'il abandonne dans la cavité abdominale.

III. — R. Heinz, l'un des inventeurs du dermatol, résume les applications qui en ont été faites jusqu'à présent.

Sackur (*R. S. M.*, XXXIX, 76); Bluhm (*Therap. Monatsh.*, 1891); Doernberger (*ibidem*, 1892, n° 2); von Rogner (*Wiener med. Presse*, 1891); Stierlin (*R. S. M.*, XL, 501); Powers (*New-York med. Journ.*, 1891); Stone, Werther (*Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 25) en ont précisé les indications et contre-indications chirurgicales. Il est bon : 1° pour les plaies récentes, surtout opératoires ; 2° pour les plaies anciennes non suppurantes ; 3° pour les plaies suppurantes, à la double condition que la suppuration ne soit pas profuse et qu'il soit appliqué en couche épaisse ; 4° pour les brûlures, où, de l'aveu unanime, il est supérieur à tous les autres topiques. Sur les plaies putrides, sur les abcès, il est insuffisant. Sur les plaies non détergées, il forme une croûte solide au-dessous de laquelle peuvent se développer les microorganismes et la suppuration continuer. Sur les plaies et ulcères qui sécrètent abondamment, on interposera toujours de la gaze pour éviter l'agglutination et le feutrage. La gaze au dermatol constitue une excellente protection pour la peau saine, au voisinage de laquelle on fait usage de pansements irritants.

Glaeser (*Centralbl. f. Gynaek.*, 1891, n°s 25 et 140 et voy. ci-dessus); Asch (*ibidem.*, 1892, n° 1); Bluhm, Fritsch (*Die Krankheiten der Frauen*, Berlin, 1892); Gottschalk (*Centralbl. f. Gynaek*, 1892) ont fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus du dermatol en gynécologie, où il a remplacé l'iodoforme dans nombre de cas. Toutefois le dermatol n'est pas suffisamment désinfectant dans les plaies sanieuses, dans les cancers ulcérés, les avortements septiques et les gangrènes en train de se délimiter. En revanche, tous reconnaissent ses avantages dans toutes les opérations d'anaplastie.

Rosenthal (*R. S. M.*, XXXIX, 76 et XL, 500); Sackur, Werther, Isaac (*Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 25); Vaughan (*New-York med. Journ.*, 1892) ont eu recours au dermatol dans des affections cutanées ou vénériennes. L'emploi du dermatol est contre-indiqué dans les dermatoses sèches, dans celles à évolution torpide ainsi que dans les inflammations siégeant dans les couches profondes de la peau. En retour, il est efficace dans l'eczéma aigu, l'intertrigo, dans les fissures, dans les sueurs des extrémités où ses résultats dépassent ceux de tous autres médicaments (dermatol 20, amidon 10, talc 70), dans la balanite, dans l'opération du phimosis, dans les chancres mous (non gangréneux) et les bubons, dans les ulcères des membres inférieurs.

Szenes (*Arch. f. Ohrenheilk.* 1892); Davidsohn (*R. S. M.*, XXXIX, 731); Chaniavsky (*Med. Obozr.*, 1892, n° 10) ont utilisé avec profit le dermatol en otiatrie : otites externes, moyennes; cholestéatomes.

Aronsohn (*Deutsche med. Woch.*, 1892, n°s 29 et 30) en conseille l'emploi par les rhinologues, à la suite des opérations galvanocaustiques.

Everbusch (*Münchener med. Woch.*, 1891) le préconise dans le trai-

tement secondaire des opérations sur l'œil, et Werther dans la conjonctivite phlycténulaire. J. B.

Beobachtungen über die Wirksamgeit des Phenocollum hydrochloricum bei Kindern (Remarques sur l'action du chlorhydrate de phénocolle chez les enfants), par TRIPOLD (*Wiener medizinische Presse*, 30 *octobre et* 6 *novembre* 1892).

Le chlorhydrate de phénocolle produit un abaissement de température presque certain, sauf dans le rhumatisme articulaire aigu où il calme cependant la douleur. Il est sans action dans le rhumatisme blennorragique. Dans la période d'exacerbation de la fièvre de la dothiénentérie, son action antipyrétique a été nulle. Comme antinévralgique, il a été souvent infidèle. Son emploi a quelquefois provoqué des vomissements, de l'anxiété respiratoire, de la cyanose, des sueurs profuses, etc. Il a été donné aux adultes par doses de 0 gr. 50 à 1 gr. jusqu'à 7 grammes par jour.

Tripold l'a expérimenté chez les enfants.

Son emploi a déterminé de graves accidents tendant au collapsus. Son action déprimante sur le cœur en contre-indique l'emploi chez les enfants fébricitants. C'est un médicament dangereux.

Tripold a encore expérimenté ce médicament chez les enfants atteints de coqueluche. Sur 50 cas, il croit avoir obtenu une guérison, 17 améliorations, 3 aggravations et 24 résultats nuls. Médicament inutile.

CART.

Du traitement local de l'érysipèle de la face et en particulier du traitement par les pulvérisations de sublimé, par COLAS (*Thèse de Paris*, 1892).

Colas passe en revue les différents moyens locaux employés dans l'érysipèle de la face, et s'arrête sur le traitement par les mercuriaux dont le sublimé reste le plus efficace. Talamon l'a utilisé avec succès en solution éthérée, A. Robin sous forme de liqueur de van Swieten. Ces solutions sont pulvérisées sur les parties atteintes. Colas donne les résultats obtenus dans 34 cas par les pulvérisations de liqueur de van Swieten; tous ont eu une terminaison favorable, et la durée de la maladie s'est trouvée abrégée. R. FAURE MILLER.

Traitement de la dysenterie aiguë par le sulfate de soude et les antiseptiques intestinaux, par E. GRUET (*Bull. gén. de thérap.*, 30 *juillet* 1892).

L'auteur préfère l'usage du sulfate de soude à celui de l'ipéca et du calomel. Il l'emploie à doses fractionnées et associé à un antiseptique intestinal; par exemple, une solution de 10 grammes de sulfate de soude dans 200 grammes d'eau doit être prise dans la journée en quatre fois avec un intervalle de trois heures entre chaque dose. A prendre également, toutes les trois heures, un cachet de 50 centigrammes de naphtol. Lavement tiède antiseptique. Régime lacté rigoureux. Cette méthode doit être poursuivie jusqu'au retour de selles normales. Sur 109 dysenteries, souvent compliquées d'hépatite, traitées de cette façon (Tunisie, 1889-1890) il n'y a eu qu'un décès. R. FAURE MILLER.

Le salol dans la diarrhée, par FUSSELL (*Therapeutic Gazette*, 15 *août* 1892).

Dans la diarrhée estivale des enfants, Fussell préconise l'emploi du salol sous la forme suivante : salol, 4 grammes ; sous-nitrate de bismuth, 8 grammes ; eau de chaux, 90 grammes ; pour douze prises, une toutes les deux heures. Le salol agit également bien dans la diarrhée des adultes, et permet de s'abstenir d'opium.

En résumé :

1° La diarrhée due à des erreurs d'alimentation, la diarrhée estivale des adultes et des enfants, cède facilement à un mélange de salol et de bismuth ou de chaux ;

2° L'emploi du salol rend rarement nécessaire l'usage de l'opium ;

3° Le salol calme des douleurs abdominales aussi bien que l'opium ;

4° C'est un médicament sûr, n'ayant point d'effets secondaires nuisibles ;

5° Il réussit particulièrement bien dans la diarrhée des enfants ;

6° Il n'a aucune action dans la dysenterie ;

7° Il combat avec succès la fétidité des selles. R. FAURE MILLER.

Salipyrine dans le rhumatisme, par A. TRECHTEMBERG (*Vratch*, *n°* 18, 1892),

Relation de 11 cas de rhumatisme traités avec succès par la salipyrine à la dose de 5 grammes par jour ; dans 1 cas, l'antipyrine et le salicylate de soude avaient échoué. H. R.

Salophen in acute rheumatism, par W. H. FLINT (*New York med. journ.*, *p.* 191 30 *juillet* 1892).

L'auteur a prescrit le salophène à 6 rhumatisants aigus ; dans 5 cas il a vu, dès le second ou le troisième jour, les douleurs cesser, la rougeur disparaître et la température devenir normale. Ces malades ont pris 15 grains toutes les 3 heures ; cette dose pourrait être dépassée si l'on désirait un résultat plus rapide.

Le salophène n'affaiblit pas le cœur, il ne trouble pas la digestion ; il n'agit pas sur le rein. Un des malades avait de l'albumine et des cylindres granuleux dans l'urine au moment de l'entrée à l'hôpital ; bientôt ces anomalies ont disparu.

Pas de complications du côté des séreuses, pas de rechute chez les 5 sujets.

L'anteur pense que le salophène est préférable aux salicylates, puisque, non moins efficace, il a l'avantage de ne pas susciter de complications.

Le salophène échoue dans le rhumatisme chronique. L. GALLIARD.

Teucrine, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, 5 *février* 1893).

Depuis quelques années ce chirurgien se sert dans la cure de certaines manifestations locales de la tuberculose (abcès froids, abcès ossifluents, adénites suppurées ou non, tuberculoses articulaires) ainsi que dans le traitement de l'actinomycose, du lupus, de noyaux adénoïdes etc., d'un produit qu'il a dénommé teucrine et qui est un extrait, dont la préparation est assez difficile, du *Teucrium scordium depuratum* (labiée)

plante commune dans l'Europe centrale. Les effets de l'injection sous-cutanée de teucrine sont une réaction générale de l'organisme sous forme d'une fièvre de courte durée et localement un travail actif d'hyperémie dans les foyers morbides, l'injection étant faite dans le tissu cellulaire sous-cutané les avoisinant immédiatement, hyperémie active qui favorise l'élimination ou la résorption des tissus malades et qui semble avoir ainsi une très grande valeur thérapeutique par l'irritation substitutive curatrice qu'elle provoque. Son emploi n'a jamais causé d'accidents généraux ou locaux. CART.

Trional als Hypnoticum, par A. BŒTTIGER (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 42, *p.* 1045, 17 *octobre* 1892).

Boettiger a expérimenté le trional sur 75 malades atteints d'insomnie. Chez les 16 où l'insomnie était simple, le sommeil est survenu dans un laps variable d'un à cinq quarts d'heure et il a duré de 6 à 9 heures. En général, il était profond, calme, non interrompu et sans rêves. Jamais le trional ne s'est montré complètement inefficace dans cette catégorie de malades. Chez les 6 où l'insomnie dépendait de douleurs, liées le plus souvent à des affections de la moelle, le trional a donné de moins bons résultats comme hypnotique et ne s'est pas révélé sédatif.

A l'inverse de Schaefer, Bœttiger en a obtenu d'excellents effets comme soporifique dans deux cas de morphino-cocaïnomanie. Parmi les 33 aliénés ayant de l'insomnie avec agitation modérée, le trional n'a été entièrement inefficace que chez 2 seulement. Il n'a exercé aucune influence sur l'évolution des troubles mentaux non plus que sur les hallucinations. Chez les fous agités, son action s'est maintenue pendant la première ou les deux premières nuits qui ont suivi celle où il avait été administré. Chez les 9 aliénés en proie à une agitation extrême, le trional a donné des résultats très variables, le moins bons chez les paralytiques généraux. Bœttiger n'a administré qu'une fois 4 grammes d'un seul coup. Après un sommeil très profond, le malade eut le lendemain matin 4 vomissements, de la diarrhée, un abaissement de la température (36.1), des vertiges intenses et la démarche d'un homme ivre.

A 5 malades agités, il a fait prendre ce médicament en 2 ou 3 doses fractionnées de 1 gramme; contrairement à Schulze, il a été satisfait du résultat.

A 16 malades, il l'a administré en lavements de 2 grammes. Les effets en ont été aussi prompts et aussi intenses que par la bouche. Le sommeil n'a été défectueux que chez les 3 où des douleurs causaient l'insomnie et chez une hystérique.

En somme, sur les 75 malades qui ont pris du trional, il n'en est que 7 qui n'aient pas dormi du tout et une vingtaine qui aient eu un sommeil peu prolongé et peu intense, ce qui s'explique d'ailleurs le plus souvent par la dose trop faible.

Le trional n'a aucune action sur la circulation, la respiration et la digestion; en lavements, il n'irrite pas l'intestin. A doses convenables, les phénomènes consécutifs fâcheux sont très rares et insignifiants : lourdeur de tête, étourdissements, lassitude; son action soporifique se produit souvent en un quart d'heure. Dans les cas d'insomnie simple, la dose

de 1 gramme est très souvent, celle de 2 grammes toujours suffisante. On ne doit pas en donner plus de 3 grammes à la fois. Le trional ne détermine pas d'accoutumance à la longue. Le trional n'est impuissant que lorsque l'insomnie tient à des douleurs physiques ou à une agitation extrême (dans ce dernier cas il réussit mieux à doses fractionnées) et dans le delirium tremens. Son action est plus certaine et plus marquée que celle de la chloralamide, sa saveur moins désagréable que celle de l'hydrate d'amylène. J. B.

De l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et de son traitement par la teinture de rhus radicans, par SAINT-PHILIPPE (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 *août* 1892).

Contre l'incontinence, d'origine nerveuse, Saint-Philippe préconise l'usage de la teinture de Rhus radicans à la dose de 10 à 40 gouttes par jour. Il a ainsi traité 15 enfants et a obtenu cinq guérisons totales, six améliorations et quatre insuccès. OZENNE.

Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform (Emploi thérapeutique de l'acide lactique sous forme de crayons), par ZIPPEL (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1892).

L'auteur emploi et contre certaines formes de tuberculose des crayons d'acide lactique qu'il prépare de la façon suivante : on mélange parties égales de gélatine, d'acide lactique et d'eau, et l'on chauffe modérément jusqu'à ce que la masse soit devenue liquide ; on l'additionne alors de 3/5 de menthol et on coule la masse ainsi obtenue en crayons. On les soumet à la dessiccation par le chlorure de calcium, jusqu'à ce qu'ils aient obtenu la consistance voulue. On les enduit enfin de collodion pour les conserver. On peut aussi les conserver dans l'huile ou la benzine additionnée de 30 0/0 de menthol. Cette dernière substance a pour but d'atténuer la douleur provoquée par l'applicatîon de l'acide lactique. REBLAUB.

Des inhalations d'oxygène dans l'hygiène et la thérapeutique des nouveau-nés, par Mlle C. LANDAIS (*Thèse de Paris*, 1892).

Les conclusions de cette thèse, très complète, sont les suivantes :

1° L'oxygène en inhalations peut être employé avec avantage, pour les nouveau-nés, comme traitement hygiénique et thérapeutique.

2° Comme traitement hygiénique, il s'adresse surtout aux prématurés et aux débiles.

3° Comme traitement thérapeutique, il correspond à de nombreuses indications, et particulièrement à celles de l'athrepsie.

4° Il semble agir surtout comme excitant du système nerveux et manifeste cette action par la suractivié générale des grandes fonctions.

5° Il s'associe très heureusement au système de la couveuse de Tarnier, et remplit alors, en outre, le rôle d'aseptisant. R. FAURE MILLER.

I. — De l'ichthyol en injections hypdermiques, par DAMIENS (*Thèse de Paris*, 1892).

II. — De l'ichthyol dans l'érysipèle de la face, par J. RADCLIFFE (*Therapeutic Gazette*, 16 *mai* 1892).

I. — La solution injectée est ainsi titrée : Ichthyol, 3 centigrammes, eau stérilisée, 1 gramme.

Des expériences faites dans le service de Dujardin-Beaumetz ont montré que l'ichthyol a une action analgésique, déterminant soit une suppression, soit une sédation de la douleur, et surtout de la douleur névralgique. L'ichthyol peut donc remplacer la morphine dans ces cas.

L'injection, par elle-même, n'est point douloureuse.

II. — Radcliffe recommande l'application locale, deux fois par jour, d'une pommade composée d'égales parties d'ichthyol, de vaseline ou de lanoline; si l'on désire avoir une action moins forte, on mêle à égales parties, de l'ichthyol, de la lanoline et de l'eau. On poursuit les applications pendant cinq ou six jours. La fièvre tombe en trois jours; le gonflement diminue promptement; l'érysipèle dure environ six jours. Alors on suspend le traitement. R. FAURE MILLER.

HYGIÈNE

Hospitals and asylums of the world, par Henry C. BURDETT (*Tomes III et IV, avec atlas, Londres*, 1893).

Il y a à peine une année que l'auteur publiait les deux premiers volumes de ce magnifique ouvrage ; il vient de terminer sa tâche et l'on peut affirmer que les éloges ne seront jamais à la hauteur de son mérite. Burdett a passé vingt-cinq années dans le service de l'administration des asiles ; il y a recueilli des documents précieux et il ne lui a pas fallu moins de douze ans pour coordonner cette immense collection. En parcourant ces quatre gros volumes, on trouvera que c'est peu pour un aussi considérable travail.

Le troisième volume est consacré à l'histoire des hôpitaux des temps les plus anciens. Le lecteur suivra les développements progressifs de ces institutions charitables depuis les premiers ans de l'ère chrétienne et de la domination romaine. Les œuvres philanthropiques des monastères, la fondation des premiers hôpitaux en France, en Angleterre, leur extension graduelle offrent de nombreux points de comparaison avec les hôpitaux du siècle dernier et nos hôpitaux modernes. A signaler après cette étude historique, un examen approfondi de l'administration hospitalière au point de vue financier, philanthropique et technique. Les secours aux malades internés ou venant seulement à la consultation, l'organisation du personnel hospitalier dans tous les pays : infirmières laïques ou religieuses, sans oublier les écoles d'infirmières fournissent matière à une étude des plus curieuses et des plus complètes. L'auteur signale

l'abus, dans les grandes villes et les centres scolaires, des consultations externes et ne propose rien moins que leur fermeture temporaire. On trouvera également deux chapitres intéressants consacrés à l'étude du service médical militaire, armées de terre et de mer, dans les diverses nations, et à celles des facultés et écoles des deux mondes.

Le quatrième volume s'adresse autant et plus aux architectes qu'aux médecins : il vise en effet la construction et l'aménagement des hôpitaux. Burdett passe en revue les conditions d'installation : position dans les villes, état du sol, drainage, égouts, ventilation, etc., rien n'est oublié et pour appuyer ses arguments il donne une description de tous les principaux hôpitaux d'Europe et d'Amérique, hôpitaux généraux, spéciaux, privés, asiles de convalescents, d'aliénés. Un magnifique atlas, de plus de cent grandes planches, donne le plan de ces divers établissements.

L'ouvrage de Burdett fait le plus grand honneur à la science, à l'érudition de cet administrateur distingué : c'est une collection complète de tous les documents intéressant l'hygiène et le fonctionnement des hôpitaux ; si quelque erreur de détail a pu se glisser daus l'ensemble, il serait puéril de la relever dans une œuvre de pareille envergure.

A. CARTAZ.

Épuration de l'eau de boisson, par BURLUREAUX (*Arch. de méd. exp., IV*, 5).

Les eaux polluées par des matières organiques et des microbes ne peuvent pas toujours être rendues potables par la filtration ou l'ébullition. Mais il est possible d'utiliser dans ce but les actions chimiques qui s'opèrent dans l'eau quand on en élimine les sels de chaux, bicarbonate, sulfate, etc. Le maximum de cette élimination est obtenu en ajoutant à l'eau un mélange anti-calcaire comprenant de la chaux vive, du carbonate de soude, et de l'alun, auxquels on ajoute un peu de sulfate de fer quand il s'agit d'une eau à degré hydrotimétrique faible, l'eau de citerne par exemple. Les réactions chimiques, qui suivent cette addition, sont très importantes, et développent la valeur antiseptique des corps employés. Il ne s'agit pas en effet de simples phénomènes de précipitation, ou d'un entraînement mécanique analogue au collage; il y a une action antiseptique vraie. Celle-ci ne tient pas à l'alcalinité définitive du milieu traité et n'est pas en rapport avec elle. Lorsque l'eau a reçu une proportion faible du mélange anti-calcaire, les germes sont atténués mais non détruits; il peut se faire une répullulation ultérieure. L'eau traitée est parfaitement potable et sans saveur désagréable : il suffit d'une décantation ou d'une filtration grossière. Celle-ci doit être faite après quelques heures, les réactions chimiques étant loin de se produire instantanément. Le procédé a permis d'épurer des eaux polluées artificiellement avec du bacille typhique et cholérique.

GIRODE.

Influence des particules sablonneuses mélangées à l'eau des puits tubulaires, sur la richesse bactérienne de cette eau, par Henri FRENKEL (*Revue d'hyg. et police sanit., XIV*, 641, *août* 1892).

L'examen bactériologique des deux puits de l'arsenal de Lyon a montré qu'une eau, parfaitement claire et limpide, et qui reste claire pendant

des mois conservée dans un récipient bien fermé, peut contenir un très grand nombre de germes (peu de moisissures), lorsqu'elle provient d'un puits, mélangée avec des particules sablonneuses. J. B.

Zur Kenntniss der Vertheilung der Wasserbakterien in grossen Wasserbecken (De la répartition des bactéries aquatiles dans les lacs), par J. KARLINSKI (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, *XII*, *p*. 220, *n*. 7-8, 1892).

Le lac Borke, en Herzégovine, est à 403 mètres d'altitude; entouré de montagnes de 2,000 mètres de haut, et alimenté par les eaux provenant de la fonte des neiges. Sa superficie est d'environ 26,42 hectares, et sa profondeur la plus grande est de 17 mètres. Sur ses bords croissent des roseaux qui ont jusqu'à 6 mètres de haut; son fond de vase recouvre des débris végétaux de diatomées et de rhizopodes.

La température moyenne de l'eau est de 13°, 6 c. à la surface et de 13° c. au fond.

L'auteur qui a fait l'analyse bactériologique qualitative de ces eaux, n'y a trouvé que des microbes saprophytes (bacilles et coccus), mais aucune espèce pathogène.

L'analyse quantitative lui a donné des résultats très intéressants. Il a trouvé, par centimètre cube d'eau :

A la surface de l'eau, à 200 mètres du bord..		4,000	germes	
—	au bord, près des roseaux	16,000	—	au moins
—	au milieu du lac.......	3,000	—	
A 5 m. de profondeur, à 200 m. du bord....		1,000	—	à peine.
A 10 m. —	—	600	—	au plus.
A 12-16 m. —	—	2 à 300	—	—
Au fond (eau trouble et bourbeuse).........		6,000	—	au moins

Soixante fois l'auteur a répété ces expériences, et les résultats ont toujours été identiques. Karlinski en conclut qu'il y a un rapport étroit entre la profondeur d'une eau et sa teneur en bactéries, et qu'il serait intéressant de refaire ces expériences avec l'eau des grands lacs de la Suisse.

On peut en effet prévoir l'importance de ces recherches, et l'intérêt des résultats obtenus, pour la distribution de l'eau des lacs comme eau d'alimentation. MOSNY.

I. — L'épuration de l'eau par filtration, par LEEDS (*Chem. Zeig. Rep.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 605, 15 *juillet* 1892).

II. — Sur un moyen de se procurer de l'eau aseptique, par V. et A. BABES (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, *XII*, 4 *et* 5, *p*. 132, 1892).

I. — Aux États-Unis, les filtres au sable sont disposés tout différemment qu'en Europe. L'eau, sous une forte pression, est foulée à travers une épaisseur de sable de 1 mètre à $1^{m},2$, au sortir de laquelle elle est recueillie par des tuyaux munis de paniers à sable. Au bout d'une dizaine d'heures de fonctionnement le sable souillé est lavé par un courant d'eau filtrée qui le traverse de bas en haut et s'écoule ensuite par un gros tuyau.

Un filtre semblable ayant 6 mètres de diamètre fournit quotidien-

nement 1200 mètres cubes d'eau. Comme avec une vitesse de filtration aussi considérable l'eau ne serait pas suffisamment débarrassée de ses microorganismes, on y ajoute de petites quantités de sulfate d'alumine. Ce sel décomposé par le carbonate calcaire de l'eau forme une mince couche, gélatineuse, d'hydrate d'alumine, qui retient très bien les microorganismes, sans polluer l'eau filtrée. J. B.

II. — Si parfaits que soient les filtres employés pour priver l'eau des microbes qu'elle contient, l'eau filtrée dès qu'elle vient à se contaminer est très favorable au développement des microbes qui y sont transportés, et ne tarde pas à devenir plus riche en bactéries que l'eau non filtrée.

Les auteurs préfèrent donc à la filtration, l'épuration chimique des eaux potables.

Après avoir étudié les divers procédés chimiques imaginés par leurs prédécesseurs, ils donnent la préférence soit à l'alun, soit à un mélange de craie et de sulfate de fer. L'alun, par exemple, ajouté à l'eau, dans la proportion de 0gr,10 à 0gr,25 par litre, donne au bout de 24 heures une eau limpide et ne contenant que très peu (4 à 20 microbes par centimètre cube) ou même pas de bactéries. De plus cette eau exposée à une température de 28° centigrades se montrait encore privée de microbes au bout de plusieurs jours. On doit dans la pratique mélanger, en l'agitant, l'alun dans l'eau, laisser déposer pendant 18 à 20 heures, et prélever l'eau destinée à la boisson par un robinet placé à 5 centimètres environ au-dessus du fond du récipient où se fait le dépôt. Les auteurs pensent qu'il y aurait de grands avantages à employer ce procédé d'épuration des eaux urbaines ou domestiques destinées à l'alimentation. MOSNY.

Ueber die desinficirende und fäulnisswidrige Wirkung des Torfmulls, par Karl SCHRŒDER (*Thèse Marbourg* 1891, *et Hyg. Rundsch., II*, 722, 15 *août* 1892).

La tourbe pulvérisée n'arrête pas complétement la putréfaction, mais elle l'entrave et la modifie de façon à supprimer la production des gaz fétides, tandis que le travail de décomposition effectué par les bactéries et les moisissures persiste. Une réelle conservation des substances animales, telle que celle des cadavres dans les tourbières, exige des conditions spécialement favorables.

Dans l'eau potable additionnée de poudre de tourbe, les microorganismes se multiplient plus rapidement que dans l'eau seule. Cette observation concorde avec le fait que les eaux d'égout filtrées à travers la tourbe renferment moins de germes avant qu'après cette filtration.

Lorsqu'on agite l'eau contenant la tourbe, le chiffre des microorganismes se réduit presque de moitié, ce qui tient à ce que la tourbe pulvérulente entraîne avec elle, en se précipitant, une grande partie des germes.

L'eau de tourbe, ou son extrait ayant un degré d'acidité correspondant à 6,84 milligrammes d'acide sulfureux par 100 centimètres cubes, empêche le développement du bacille typhoïdique, du staphylocoque pyogène doré et de la spirille cholérique. Leurs cultures en bouillon, additionnées de tourbe stérilisée, périssent à la longue (13 jours au plus).

Lorsqu'on infecte des matières fécales, préalablement mélangées à de la tourbe et stérilisées, avec des bacilles cholériques, typhoïdiques ou avec le staphylocoque pyogène doré, on constate que, dès le troisième jour, la croissance du bacille cholérique est déjà entravée, tandis qu'il n'en est pas ainsi, même au bout de treize jours, pour les deux autres microorganismes. (*R. S. M.*, XXIII, 277 et 278; XXVII, 97; XXX, 587, et XXXVIII, 122.) J. B.

I — Ueber die Durchlässigkeit... (Sur la perméabilité du filtre Chamberland pour les bactéries), par Ed. v. FREUDENREICH (*Centralbl. f. Bakter. u. Paras., XII*, n°s 7-8, *p.* 240).

II. — Recherches chimiques et bactériologiques sur les boues des filtres Chamberland, par E. LACOUR (*Revue d'hyg. et police sanit., XIV, p.* 465, *juin* 1892).

I. — D'expériences nombreuses portant sur les cultures du bacille typhique, l'auteur conclut que la bougie filtrante Pasteur-Chamberland fournit pendant au moins huit jours consécutifs de l'eau rigoureusement stérile, et qu'on doit par conséquent en recommander l'emploi dans les maisons particulières, les hôpitaux et les laboratoires, à la condition, bien entendu, de stériliser la bougie environ tous les huit jours, et que la température de l'eau ne dépasse pas 15 à 18 degrés centigrades. A la température de 35 degrés, le bacille typhique passe au bout de six jours; il ne passe qu'au bout de dix jours dans l'eau à 22 degrés. MOSNY.

II. — Recherches faites durant un an sur les eaux de l'Huisne qui alimente la ville et les casernes du Mans.

On constate, dans les cultures faites avec l'enduit boueux qui recouvre les filtres, la présence d'espèces microbiennes que l'on ne retrouve pas dans les cultures faites avec l'eau prise directement aux robinets sur lesquels sont vissés les filtres; par exemple, le bacille commun du colon a été trouvé neuf mois sur douze dans l'enduit et un seul mois dans l'eau.

Les matières organiques augmentent dans l'enduit et dans l'eau avec la hauteur de cette dernière, et le maximum correspond à l'époque des grandes crues. Pendant l'hiver, l'eau renferme beaucoup plus de germes qu'en été, sans doute à cause des pluies qui entraînent les microbes de l'air et du sol. C'est de juin à septembre que l'eau de la rivière se présente sous son plus petit volume et offre son maximum de pureté.

Le filtre Chamberland qui, dans les conditions normales, débite de l'eau complètement dépourvue de microbes, peut produire des résultats tout à fait différents, si l'on néglige certaines précautions consistant à diminuer la pression ou à nettoyer les bougies tous les trois jours au moins. J. B.

Zur hygienischen Beurtheilung des Bieres, par MUSEHOLD (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw.*, 3e *série*, *IV*, 171, *juillet* 1892).

Les conclusions de Musehold s'écartent, sur différents points, de celles de Bertschinger. (*R. S. M.*, XL, 518.)

Pour qu'une bière ait toutes les qualités qu'on est en droit d'en attendre, elle doit répondre aux conditions suivantes :

1° Sa teneur en extrait doit être égale au moins à 5 0/0, ainsi qu'à une

fois 2 la teneur en alcool. Toute bière renfermant moins de 5 0/0 d'extrait doit être désignée comme bière légère;

2° Sa teneur en acides libres (comptée en acide lactique) doit être, au maximum, les 3 0/0 de la teneur en extrait et, en tout cas, ne former jamais plus que 0,27 0/0 du poids de la bière ; autrement dit, au plus 3 centimètres cubes de la liqueur de soude caustique normale doivent suffire pour neutraliser cette acidité ;

3° L'addition de substances étrangères, de quelque nature que ce soit, n'est licite qu'autant qu'elle n'altère en rien la composition normale de la bière et que les substances ajoutées se laissent complètement séparer de la bière. Ne doivent donc servir à clarifier la bière que les copeaux de hêtre ou de coudrier, l'ichthyocolle, le tannin ;

4° Pour conserver la bière, on ne doit recourir qu'à des procédés physiques, tels que la réfrigération et la pasteurisation. Toutefois, on peut autoriser sans inconvénient le salicylage de la levure de bière, à raison de 1 gramme d'acide par litre de levûre liquide, ce qui ne représentera pas plus de 1 centigramme d'acide salicylique par litre de bière fermentée avec l'aide de la levûre salicyliquée ;

5° L'usage de succédanés ne saurait être autorisé ; mais rien ne s'oppose à la substitution d'autres céréales à l'orge, à la condition toutefois que cette substitution soit clairement indiquée ;

6° Toute bière non falsifiée doit contenir au moins 0,5 0/00 d'acide phosphorique, au plus 3,5 0/00 de cendres et au maximum 5 0/00 de glycérine. J. B.

Quantitative Untersuchungen ueber die in Natur-und Kunstweinen enthaltenen Hefen und Bakterien, par SCHAFFER et von FREUDENREICH (*Landw. Jahrb. d. Schweiz* 1891, *et Hyg. Rundsch., II*, 592, 1er *juillet* 1892).

L'examen bactériologique a porté sur 10 vins naturels et sur 8 vins artificiels et de raisins secs. Des 10 vins naturels, 1 seul, qui était très trouble, renfermait des microorganismes ; 7 contenaient des levûres et 2 étaient complètement stériles.

En revanche, les 8 échantillons de vins fabriqués renfermaient tous un grand nombre de microorganismes, et 6 en outre des levûres.

Schaffer et von Freudenreich pensent que la richesse des vins fabriqués en microorganismes pourra dans beaucoup de cas contribuer à les faire reconnaître. J. B.

Diätetisches Werth der Schlempemilch (Valeur nutritive du lait dans le cas de nourriture des bestiaux par les vinasses), par OHLSEN (*Jarbuch für Kinderheilkunde, XXIV, p.* 5-18).

Ohlsen a étudié le lait de vaches nourries avec des vinasses provenant de la distillation de seigle, de pommes de terre ou avec de la drèche. Ce lait frais n'est pas acide, il est neutre et parfois alcalin. L'acidification survient après 48 heures et n'a pas lieu plus vite qu'avec le lait ordinaire. La coagulation s'y fait avec un caillot épais. La composition a été très variable.

Ce lait paraît possible pour la nourriture des jeunes enfants. Toutefois

le peu de chaux qu'il renferme souvent peut être une cause de troubles intestinaux et de cachexie. A.-F. PLICQUE.

Ueber das Vorkommen von Pentastomen in den Lymphdruesen des Rindes, par OSTERTAG (*Zeitschrf. f. Fleisch-und Milch Hyg.*, *II*, et *Hyg. Rundsch.*, *II* 567, 1er *juillet* 1892).

D'après Babès, les linguatules sont fréquentes chez les bœufs en Roumanie, tandis qu'en Allemagne et en France, elles y ont été rarement signalées. Cependant Ostertag a rencontré souvent ce crustacé parasite, sur des bœufs de l'abattoir de Berlin. Il siège le plus habituellement dans les ganglions mésentériques, parfois dans les iliaques et les lombaires, ou dans le foie et la rate. Dans les couches marginales des ganglions, on trouve des foyers irréguliers, non enkystés, variant d'un grain de mil à un pois, de teinte jaunâtre, verte ou grise, de consistance pultacée, caséeuse ou de mortier. Dans les foyers récents et mous, on aperçoit des linguatules intactes, dans les foyers indurés et gris on n'en distingue plus que les crochets.

Les constatations d'Ostertag présentent de l'intérêt à différents points de vue pour les inspecteurs des viandes. Il s'agit d'abord, en effet, de distinguer ces lésions parasitaires de celles de la tuberculose ganglionnaire des morceaux de viandes importés sans leurs viscères. Cette distinction n'est pas difficile. On ne trouve pas dans les foyers tuberculeux la couleur verdâtre des vieux foyers de pentastomes. D'autre part les foyers de pentastome jaunâtres sont mous, tandis que les foyers tuberculeux jaunâtres sont secs et durs. Enfin, dans le cas de doute, il suffira de faire une simple préparation par écrasement.

Deffke a signalé le fait que depuis l'introduction à Berlin de l'inspection des viandes, les tænias sont devenus beaucoup plus rares chez les chiens, tandis que ces animaux sont toujours autant infestés de linguatules; la proportion s'élève à 5 0/0; elle est surtout forte chez les chiens de boucher. Ostertag est persuadé que lorsqu'on rejettera soigneusement toutes les parties et organes renfermant des pentastomes, on diminuera la fréquence de cette affection parasitaire des chiens et indirectement de celle des autres animaux domestiques. En tout cas, les ménagères devront se garder de donner aux chiens et aux chats les ganglions mésentériques.

Chez l'homme, Laudon (*Berlin. klin. Wochens.*, 1878, n° 49) a relaté un cas d'ictère avec hépatalgie suivi d'épistaxis qui, après s'être montrées rebelles pendant 7 ans, ont brusquement disparu à la suite de l'issue par le nez d'une larve de linguatule. J. B.

Die Tuberculose unter den Rindern auf dem Schlachthofe zu Leipzig in den Jahren 1888 bis 1891, par RIECK (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw.*, 3e *série*, *IV*, 373, *octobre* 1892).

Le travail de Rieck offre d'autant plus d'intérêt qu'on manque de documents précis sur cette question si importante d'hygiène alimentaire.

Depuis l'ouverture des abattoirs de Leipzig, en juillet 1888, jusqu'au 31 décembre 1891, on a abattu 67,077 bêtes bovines sur lesquelles 13,688,

soit 20,4 0/0 étaient atteintes de tuberculose : les vaches ont présenté 26 0/0 de tuberculose ; les bœufs 19,5 0/0 ; les taureaux 15,4 et les génisses 9,3. D'année en année, la fréquence de la tuberculose s'est accrue parmi toutes les sortes de bêtes bovines abattues : en 1889, elle était de 14,9 dans l'ensemble, en 1891 de 26,7 0/0 ; elle a augmenté surtout parmi les animaux mâles (100 0/0 chez les bœufs, 64 0/0 chez les taureaux, 63 chez les vaches et 44 chez les génisses).

Dans chaque année, la courbe de la tuberculose offre une marche régulière parmi les bêtes abattues ; elle est ascendante de janvier à avril et tend dès lors à s'abaisser jusqu'en septembre ou octobre.

Sur les 13,688 cas de tuberculose, 11,066 fois les poumons ou les ganglions bronchiques étaient seuls malades, soit 80,8 fois sur cent.

Les ganglions de la veine porte sont beaucoup plus souvent atteints que le foie même. Jamais Rieck n'a observé de tuberculose limitée aux séreuses, toujours les ganglions correspondants étaient envahis simultanément. Comprise dans ce sens, la tuberculose des séreuses s'est rencontrée dans 10,8 0/0 des cas ; elle est 2 fois plus fréquente parmi les animaux femelles que parmi les mâles ; dans 57,4 0/0 des cas elle est limitée à la plèvre ; dans 36,8 0/0 elle intéresse plèvre et péritoine ; dans 5,7 0/0, le péritoine seul. La tuberculose pleurale est plus fréquente dans le sexe masculin ; celle de la plèvre et du péritoine plus commune dans l'autre. Quant à la tuberculose péritonéale, elle n'offre pas de différences sensibles dans les 2 sexes, ce qui vient à l'encontre de l'idée de Schneider que chez les femelles de bovidés, l'infection tuberculeuse a souvent son point de départ dans l'utérus.

La tuberculose généralisée a été notée 3 fois sur cent ; elle est le plus commune chez les génisses et le moins chez les bœufs. L'envahissement des différents organes se présente dans l'ordre décroissant suivant : poumons (100 0/0) ; foie (83 0/0) ; tube digestif (73,2) ; séreuses (57,4) ; reins (52,5) ; muscles (49,3) ; rate (18,6) ; os (8,8). Le pis est envahi chez 29,1 0/0 des femelles atteintes de tuberculose générale.

Il est plus fréquent de voir une tuberculose généralisée avec intégrité des séreuses chez les mâles que chez les femelles. J. B.

Ueber die Zusammensetzung des überreifen Kaeses, par A. MAGGIORA (*Arch. f. Hyg., XIV, et Hyg. Rundsch., II,* 681, 1er *août* 1892).

Maggiora a étudié les modifications de composition qui surviennent dans le fromage trop fait, sur le gorgonzola très répandu dans le nord de l'Italie. Ses recherches ont porté sur 3 échantillons parvenus à des degrés différents de maturité exagérée. L'analyse chimique a montré que tous 3 possédaient des proportions sensiblement les mêmes d'eau, de graisse et d'azote total. Mais au fur et à mesure que le fromage se fait, c'est-à-dire se décompose, la nature des éléments gras se modifie, de façon que la proportion des acides gras libres s'accroît de plus en plus, de 29,01 à 37 et à 49,53.

La nature des substances protéiques subit aussi des changements. La teneur en protéine tombe successivement de 16,2 à 7,9 et enfin à 3,6, tandis que celle de l'azote ammoniacal et de l'azote amidé augmente.

Donc, quand il a dépassé les limites convenables de maturation, le fromage perd graduellement de sa valeur nutritive. Cela peut aller au point que le fromage ne contienne presque plus que de l'eau, des acides gras libres ou saponifiés par l'ammoniaque, de la leucine, de la tyrosine et des acides minéraux, avec une énorme quantité de microorganismes dont le protoplasma constitue très probablement la plus grande quantité des matières protéiques existantes. La loi italienne a donc raison d'interdire la vente des fromages trop vieux. J. B.

Ueber die Verwendbarkeit des Aluminiums zur Herstellung von Gebrauchsgegenstaenden für Nahrungs-und Genussmittel, par G. RUPP (*Dingler's Polyt. Journ. et Hyg. Rundsch.*, *II*, 590, 1er *juillet* 1892).

Rupp a examiné l'action qu'ont sur des vases en aluminium le vin blanc (à 0,7 0/0 d'acidité), le vin rouge, la bière, l'eau de cerises, le cognac, le café, le thé, le lait, le beurre, le miel, les fruits confits, l'eau potable, l'acide acétique (à 1,4 et à 10 0/0), les acides borique, salicylique et phénique à 5 0/0, et la solution de soude au centième.

Même après 28 jours de contact, l'effet exercé sur le métal était insignifiant, si bien que l'acide acétique à 10 0/0 n'avait dissous que 0gr,0021 d'aluminium.

Donc, toutes les craintes élevées contre l'emploi de ce métal pour les vases alimentaires, doivent disparaître. Si Lüebbert et Roscher (*R. S. M.*, XL, 515) sont arrivés à des conclusions opposées, c'est qu'ils se sont servis dans leurs expériences, d'aluminium en feuilles qui a des qualités toutes différentes de celles de l'aluminium compact. En effet l'aluminium en feuilles s'oxyde déjà à l'eau bouillante avec dégagement d'hydrogène.

Les vases en aluminium sont toutefois impropres à la conservation des liquides alcalins. J. B.

Sur la présence d'étain dans les denrées alimentaires conservées en boîtes de fer-blanc, par H.-A. WEBER (*Rev. internat. des falsif., V, et Hyg. Rundsch.*, *II*, 682, 1er *août* 1892).

A la suite d'accidents graves survenus chez deux personnes qui avaient mangé des aliments conservés en boîtes de fer-blanc, on soumit à l'analyse un grand nombre de ces boîtes contenant des fruits, des légumes, du poisson ou du lait condensé. On reconnut que le plomb ne s'y trouvait qu'en proportions très minimes et ne pouvait par conséquent avoir été la cause des intoxications. En revanche, toutes les conserves, sauf celles de lait condensé, contenaient des quantités de sels d'étain si considérables qu'elles expliquaient très bien les accidents. Selon la nature et l'ancienneté des conserves, leur teneur en oxyde d'étain oscillait entre 44 et 600 milligrammes par kilogramme. La boîte qui avait produit les empoisonnements en renfermait 494 milligrammes par kilogramme. La face interne des boîtes était presque toujours visiblement corrodée.

J. B.

Ueber die Dauer des Schutzes der ersten Impfung, par GLOGOWSKI (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*, n° 8, 1892, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 669, 1er *août* 1892).

A l'occasion d'une épidémie de variole à Kempen (Posen), Glogowski a revacciné un certain nombre d'enfants qui avaient été inoculés avec succès une première fois de 2 à 10 ans auparavant. Il a pu ainsi vérifier la durée de l'immunité conférée par une première vaccination.

Chez 2 enfants, vaccinés l'un 1 an, l'autre 2 ans auparavant, la revaccination ne donna rien; chez 2 autres, vaccinés l'un 4, l'autre 6 ans auparavant, les résultats en furent douteux, mais chez les 30 autres, la revaccination fut fructueuse; ils avaient été tous vaccinés cependant de 6 à 10 ans auparavant.

Glogowski conclut qu'en cas d'épidémies varioleuses, il y a lieu de soumettre obligatoirement à la revaccination tous les enfants âgés de 6 à 11 ans (*R. S. M.*, XL, 529). J. B.

Statistique de la mortalité et de la morbidité en Allemagne en 1890, par RAHTS (*Medic. statist. Mittheil. aus d. k. Gesundheits*, *I*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 690, 1er *août* 1892).

En 1890, 58 habitants de l'empire allemand ont succombé à la variole, soit 142 de moins que dans l'année précédente (*R. S. M.*, XXXIX, 543). De 1886 à 1890, la moyenne annuelle de ces décès a été de 147, ce qui représente 3,05 morts par variole sur un million d'habitants; pour 1890, ce chiffre s'abaisse à 1,18. Les 58 décès varioleux de 1890 se répartissent entre 33 localités dont 17 en Prusse, 8 en Bavière, 5 en Saxe, 1 à Bade, à Brême et en Alsace-Lorraine. Mühlheim-Gladbach en a compté à lui seul 15; Berlin et Brême 3; Aix-la-Chapelle 2. 49, soit 85 0/0 des victimes de la variole, habitaient des pays frontières. 15 décès sont survenus avant l'âge de 2 ans; aucun de ces enfants n'était vacciné. 13 concernent des âges compris entre 2 et 30 ans : parmi eux se trouvent 9 enfants au-dessous de 12 ans.

Dans la même année, les décès par variole ont été au nombre de 2,712 à Madrid, de 525 à Venise, de 489 à Varsovie.

De 1886 à 1889, on a compté par million d'habitants, 0,9 décès par variole en Suède.

En 1890, en dehors de la Prusse, il a été signalé en Allemagne 140 cas de variole qui ont fait 22 victimes. 15 des États de l'empire n'ont eu aucun cas; la Bavière en a eu 42, la Saxe 25, Bade 20, le Wurtemberg 3; l'Alsace-Lorraine 28, Brême 18, Lubeck 2, Hambourg 1, ainsi que le Brunswick. J. B.

Sul potere disinfettante della lisciva, par Alf. MONTEFUSCO et Or. CARO (*Rivista internazionale d'Igiene*, *II*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, n° 18, *p.* 813, 15 *septembre* 1892).

La lessive, telle qu'elle est en usage dans les buanderies italiennes (1 partie de savon pour 5 d'eau) détruit, même à froid, les bacilles cholérique et typhoïdique, voire les spores charbonneuses, en moins de 12 heures ; chauffée à 23° centigrades, elle tue les spores charbonneuses en 6 heures, et en 5 heures lorsqu'on la porte à la température minimum de 50° centigrades. J. B.

Zur Desinfektion von Wohnungen, par CRONBERG (*Arch. f. Hyg., XIII, et Hyg. Rundsch., II*, 339, 15 *avril* 1892).

Tous les procédés proposés jusqu'ici pour désinfecter les parois des pièces d'habitation laissent à désirer, même les frictions avec le pain, recommandées par von Esmarch ; en effet, le pain, en s'émiettant, peut laisser adhérentes au mur des parcelles qui plus tard tombent après dessication.

C'est ce qui a décidé Cronberg à essayer pour les frictions l'éponge, l'amadou, la peau de chamois et la gomme élastique.

Il infectait avec des staphylocoques, des crachats tuberculeux, etc., toutes sortes de papiers de tenture et des parois peintes à l'huile ou à la colle, les laissait ensuite sécher, puis les humectait légèrement avant de procéder aux frictions désinfectantes. Il faut éviter de faire les frictions à sec parce qu'on s'expose ainsi à soulever des poussières infectées qui vont se déposer sur des points déjà désinfectés. D'autre part, il ne faut pas trop mouiller les papiers peints pour ne pas les détériorer.

Les frictions faites, Cronberg grattait avec un couteau stérilisé les parois et ensemençait les produits du grattage dans de la gélatine nourricière.

C'est l'éponge qui a fourni les résultats les meilleurs ; les 5 papiers ainsi frictionnés étaient stériles ou presque stériles : ce sont du reste les papiers de tenture qui paraissent les plus propres à ce mode de désinfection.

Sur les peintures à l'huile ou à la détrempe, les résultats ont été moins bons. En outre les peintures à la détrempe sont gravement endommagées par les frictions, qu'il vaut mieux remplacer par un badigeonnage au lait de chaux dont Cronberg a vérifié le pouvoir désinfectant.

J. B.

La désinfection des murailles et le badigeonnage à la chaux, par LAPASSET (*Revue d'hyg. et police sanit., XIV*, 461, *juin* 1892).

Les couches anciennes de badigeon ne contiennent qu'une quantité insignifiante de germes, inoffensifs dans les conditions ordinaires. Les germes contenus dans les poussières adhérentes à la surface sont détruits par l'application d'un nouveau badigeon à la chaux bien préparé. L'opération, coûteuse et malpropre, du grattage de l'ancien badigeon est donc inutile.

La désinfection préalable des murailles blanchies n'est obtenue qu'à l'aide d'une solution de sublimé égale au moins à 5 0/00. Dans la plupart des cas, le badigeonnage d'emblée est suffisant. Le mode actuel de préparation du badigeon est irrationnel.

De légères modifications rendraient son emploi plus efficace au point de vue de la désinfection, plus simple et moins coûteux.

J. B.

Weitere Untersuchungen... (Nouvelles recherches sur la possibilité de la propagation de la tuberculose par les voyages en chemin de fer), par PRAUSNITZ (*Münchener med. Woch., n°* 1, *p.* 4, 1893).

L'auteur, prenant la poussière des compartiments après leur nettoyage

ordinaire, l'inocule à des cobayes, il obtient partout un résultat négatif : il se croit donc autorisé à dire que le mode de nettoyage ordinaire est suffisant et qu'il n'existe pas là de danger pour le public. Il croit que l'opinion de Mayer, qui voudrait faire désinfecter les wagons à l'acide phénique, ne peut que jeter sans profit l'affolement dans le public.

C. LUZET.

The physiological effects of air vitiated by respiration, par J. HALDANE et Lorrain SMITH (*The Journal of Pathology and Bacteriology*, n° 2, p. 168, 1892).

Les dangers immédiats de l'air vicié par la respiration tiennent uniquement à l'excès d'acide carbonique et à l'insuffisance d'oxygène : ils ne sont nullement imputables à la présence d'un poison particulier. L'accélération des mouvements respiratoires est due à l'excès d'acide carbonique ; elle commence à apparaître quand la quantité d'acide carbonique atteint 2 à 3 0/0. Si elle dépasse 10 0/0, l'angoisse respiratoire devient extrême et il faut interrompre l'expérience. L'excès d'acide carbonique paraît être la seule cause de la céphalalgie frontale dont se plaignent les individus qui vivent dans un air vicié.

Les auteurs ont répété les expériences de Brown-Séquard et d'Arsonval : ils n'ont pu déterminer le moindre malaise chez des lapins auxquels ils injectaient 80 centimètres cubes résultant de la condensation de l'air expiré.

P. BOULLOCHE.

Arsenuntersuchungen von Tapeten, Teppichen, Geweben, etc., in Schweden, par J. LAUDIN (*Chem. Ztg.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 683, 1er *août* 1892).

De novembre 1884 jusqu'à la fin de 1891, le laboratoire technique de Stockholm a recherché l'existence d'arsenic dans 9,632 objets, comprenant 3,779 échantillons de papiers de tenture, 3,601 étoffes, 1,084 tapis, 305 couleurs, 227 moquettes, 220 fils, 137 feutres, 106 nattes en liège et 173 objets divers. D'après la législation suédoise sur les substances toxiques, l'examen doit être pratiqué de la façon suivante : On transforme l'arsenic des échantillons analysés en sulfure que l'on réduit à l'aide de cyanure de potassium et de carbonate de soude. Lorsque, en procédant ainsi, on obtient, dans un tube en verre de 1 1/2 à 2 millimètres de diamètre, un anneau arsenical, noir ou noirâtre, opaque ou non, avec un échantillon de 200 centimètres carrés ou de moins d'étendue, il y a prohibition pour les papiers de tenture, les stores, les fleurs artificielles et toutes les marchandises imprimées ou peintes en couleurs à l'eau, à la colle, etc., de même avec des échantillons de 100 centimètres carrés d'étoffes, de tissus et d'abat-jour de lampes, de même encore pour des poids de 21 grammes ou moins de fil, de cire ou de pains à cacheter et de bougies.

Ont été trouvés renfermant de l'arsenic au delà des limites tolérées, 59,4 0/0 des nattes de liège ; 55,3 0/0 des tapis ; 55,2 0/0 des papiers de tentures ; 52,3 des moquettes ; 45 0/0 des fils ; 43,3 des couleurs, 41,4 des objets divers ; 21,2 des tissus et 20,4 des feutres. La moyenne de ces résultats s'améliore d'année en année, surtout pour les étoffes dont les brunes sont toujours les plus arsenicales.

J. B.

Paralysie des tourneurs en métaux, par WALTON et CARTER (*Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 61, *juillet* 1892).

Ayant eu sous les yeux des paralysies localisées ne répondant à aucun type connu, les retrouvant à plusieurs reprises chez des individus faisant le même travail, les auteurs ont pensé qu'une même cause les avait provoquées. Les deux malades qu'ils ont eus sous les yeux travaillaient dans le cuivre. L'affection consistait en une atrophie complète des muscles de la main gauche innervés par le cubital, avec trouble de la sensibilité (engourdissement).

On doit penser à une dégénérescence nerveuse périphérique.

Il y avait flexion des deux dernières phalanges de l'annulaire et du petit doigt avec extension de la première. Même position du pouce. L'index et le médius normaux, sauf les mouvements de latéralité (par les interosseux) qui ne pouvaient se produire.

Le premier malade travaillait constamment au tour; le second une grande partie du jour. On ne peut guère songer à une intoxication par le cuivre, étant donnée la localisation à une seule main. Il est plus naturel de rapporter la lésion survenue à la situation que doit prendre la main gauche pendant le travail au tour et de supposer qu'il y a eu compression du nerf cubital au niveau du coude fléchi. F. VERCHÈRE.

Sur les dangers du secrétage des poils par le mercure, par JUNGFLEISCH (*Bull. acad. de méd.*, 18 *octobre* 1892).

Le secrétage des poils consiste à modifier le poil du lapin de telle façon qu'on en forme un tissu solide et léger, le feutre des chapeaux par exemple. Pour atteindre ce résultat, on imprègne les peaux couvertes de poils avec une solution de nitrate de mercure et on chauffe à l'étuve.

On connaît déjà les accidents qui atteignent les mains de l'ouvrier, occupé à appliquer le sel de mercure sur le poil, mais il en est d'autres, qui proviennent d'une intoxication à distance.

Elle s'explique par la présence du mercure dans chaque chapeau de feutre en usage, mercure dont on peut, d'après les recherches, évaluer la quantité à un demi-gramme environ. Les ouvriers, qui travaillent dans les couperies de poils sont exposés à l'action des fines poussières, chargées de mercure, que soulèvent en abondance les opérations auxquelles sont soumises les peaux secrétées.

Il n'est donc pas étonnant que l'on rencontre chez quelques-uns d'entre eux, à un degré plus ou moins prononcé, les symptômes de l'intoxication mercurielle, dont peut-être un jour on décélera la présence chez les chapeliers eux-mêmes. De telles conséquences ne sont-elles pas de nature à engager les fabricants de feutre à abandonner cette méthode de secrétage. OZENNE.

La fuchsine au point de vue de la toxicologie et de l'hygiène, par Paul CAZENEUVE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXVIII*, 123, *août* 1892).

Pour démontrer irréfutablement l'innocuité de la fuchsine pure, Cazeneuve relate l'observation d'un ouvrier qui est resté en parfaite santé depuis vingt-

neuf ans qu'il n'a cessé de tamiser du chlorhydrate de rosaniline. Il souffre seulement de la soif, comme tous les ouvriers qui travaillent dans la poussière. Malgré un double vêtement serré, et deux bains par semaine, sa peau est toute teinte en rose. Il sort blanchi du bain, mais la couleur ne tarde pas à reparaître. En effet, la fuchsine est décomposée dans le bain par le savon, avec mise en liberté de rosaniline incolore ; l'épiderme est combiné à la rosaniline invisible. Mais la sueur acide régénère bientôt un sel de rosaniline rouge et la couleur reparaît. Sous l'influence de l'acide azotique, il se développe dans ses urines une coloration rouge madère indiquant la présence de la leucobase de la rosaniline, par un phénomène de réduction au sein de l'organisme. L'acide azotique, comme l'acide chromique, régénère la rosaniline. Mais celle-ci ne préexiste pas, car la simple addition des acides chlorhydrique ou sulfurique ne développe aucune coloration. J. B.

Experimentelle Untersuchungen über... (Recherches expérimentales sur l'action de la poussière de scories sur le poumon), par ENDERLEN (*Münchener med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 869, 1892).

Les poussières des scories, qui prennent naissance dans la fabrication de la fonte de fer, sont constituées en majeure partie par de l'acide phosphorique et de la chaux ; elles sont irrégulières ou bien hémisphériques, quelquefois sphériques, leur inhalation passe pour provoquer des inflammations des organes respiratoires chez les ouvriers métallurgistes. La pneumonie y est fréquente. L'auteur a pu reproduire expérimentalement des inflammations pulmonaires en faisant inhaler ces poussières à des animaux (chats, lapins, souris, chiens, cobayes). La poussière inhalée paraît agir à la fois mécaniquement, comme corps dur et pointu, et chimiquement par la chaux vive qu'elle contient. C. LUZET.

Steilschrift gegen Schiefschrift..., par W. MAYER (*Münchener med. Wochens. et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 18, *p.* 810, 15 *septembre* 1892).

Résultat d'observations poursuivies pendant trois ans, dans 40 classes primaires de Fürth, afin de reconnaître l'influence du mode d'écriture sur l'attitude corporelle des élèves, au nombre de 2377; dans 23 classes, on écrivait droit, et dans les 17 autres, on enseignait l'écriture penchée. Sur 186 fillettes pratiquant l'écriture droite, 55, soit 28,4 0/0, étaient assises d'une façon absolument irréprochable, 45 autres avaient une attitude corporelle convenable, et 35 enfin, une bonne attitude de la tête: sur 188 fillettes pratiquant l'écriture penchée, il n'y en avait que 4, soit 2,1 0/0, dont l'attitude fût irréprochable, 9 autres tenaient bien les épaules, et 6 enfin, tenaient convenablement la tête.

En répartissant l'attitude des élèves en 3 catégories : bonne, médiocre et mauvaise, on arrive aux résultats généraux suivants :

	ATTITUDES					
	bonne.		médiocre.		mauvaise.	
1215 enfants à écriture droite................	668 soit	54,9 0/0	428 soit	35,2 0/0	119 soit	9,7 0/0
1039 enfants à écriture penchée.............	53	5,1	344	33,1	642	61,7

Mayer conclut, comme aussi les instituteurs de ces élèves, que, avec

l'écriture penchée, la surveillance nécessaire pour obtenir le maintien du cahier dans une position convenable devient à la longue une tâche presque insurmontable pour le maître. D'ailleurs, alors même que le cahier est tenu convenablement, les enfants ne s'asseoient que d'une façon médiocrement bonne et bien plus mal que pour écrire droit.

Meilleure est l'attitude des écoliers, plus leur écriture est loin d'avoir l'inclinaison demandée de 45°.

Il y a donc lieu de recommander l'usage général de l'écriture droite, qui, sans en être le facteur principal, a pourtant une influence marquée sur l'attitude et la vision des enfants. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen... (Recherches sur les centres et les conducteurs optiques avec contributions cliniques sur l'hémianopsie corticale et l'alexie), par MONAKOW (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 1, *p.* 229).

De précédentes recherches sur le cerveau du lapin avaient amené l'auteur à conclure que la conservation du lobe occipital est une condition indispensable à l'intégrité du corps genouillé externe, du pulvinar et en partie également des tubercules quadrijumeaux antérieurs et des bandelettes optiques. Monakow en était venu de la sorte à construire le schéma représentatif de l'agencement histologique et structural du système des cellules ganglionnaires de l'appareil optique. D'après ce schéma, plus on descend dans l'échelle de la série animale, plus le corps genouillé externe et le pulvinar perdent en importance, eu égard au rôle qui leur revient dans la fonction visuelle. Le contraire a lieu pour les tubercules quadrijumeaux antérieurs, qui chez les poissons, par exemple, constituent l'unique centre visuel. Monakow concluait de là que les animaux, chez lesquels domine la vision « psychique » font surtout intervenir, dans l'acte de la vision, le corps genouillé externe et le pulvinar, et par l'intermédiaire de ces deux organes, le centre cortical de la vision. Au contraire les vertébrés inférieurs font intervenir directement les lobes optiques.

Trois observations cliniques, relatées par l'auteur, démontrent que chez l'homme, les relations des centres optiques primitifs avec les centres corticaux de la vision sont régies par les mêmes lois que chez les animaux : après destruction du centre cortical de la vision, on voit dégénérer la plupart des cellules du corps genouillé externe (et de celles du pulvinar) ; preuve que ces cellules ne sont qu'une dépendance, une sorte d'avant-poste du centre cortical, et qu'une fois celui-ci détruit, les premières sont réduites à l'inaction et s'atrophient. Pour qu'il en soit aussi, il faut nécessairement admettre que les groupes cellulaires en question (corps genouillé externe et pulvinar) ne projetant des impressions

visuelles que dans le sens centripète; il faut admettre que leur rôle se borne à transmettre au centre cortical, les impressions qui atteignent la rétine.

Quand à savoir quel est le but de ce rôle d'intermédiaire, c'est là un point difficile à trancher. Il se peut, suivant Monakow, que ces centres primitifs représentés par les cellules ganglionnaires du corps genouillé externe et du pulvinar soient des sortes de collecteurs, où les impressions venues de la rétine sont soumises à une sorte de classement et mises en état d'être perçues par le centre cortical. Toujours est-il que toute activité autonome fait défaut à ces centres primitifs. Cette manière de voir se trouve confirmée par les recherches expérimentales de Munk, lesquelles démontrent que chez les animaux privés de leurs centres visuels corticaux, tous les réflexes visuels (le clignotement par exemple) se trouvent supprimés.

Bref pour le cerveau de l'homme comme pour le cerveau des animaux il paraît acquis qu'à chaque territoire de la substance grise des couches optiques correspond un territoire assez nettement délimité du centre cortical de la vision qui est absolument indispensable aux membranes de la vitalité du premier. Suivant toute vraisemblance l'activité fonctionnelle des centres compris dans les couches optiques ne peut se manifester sans le concours synergique des territoires correspondants du centre cortical.

Telle est la conclusion générale qui se dégage des recherches anatomo-pathologiques exposées dans le substantiel mémoire de Monakow. Un résumé concis ne saurait reproduire les nombreux et intéressants détails cliniques et anatomo-pathologiques contenus dans ce mémoire.

E. RICKLIN.

Ein Fall von Gehirn-Milzbrand (Un cas de charbon encéphalique), par F. MERKEL (*Münchener med. Woch.*, n° 47, *p.* 840, 1892).

Un maçon de 22 ans va à la consultation de l'hôpital de Nuremberg, se plaignant de fatigue et de vertiges ; il a aussi vomi et eu un peu de diarrhée. Il existe à la base du poumon droit un peu de matité, la température est à 39°5. Pendant l'examen, le malade a une lipothymie. Le lendemain il est ramené par sa femme, qui insiste sur ses troubles intellectuels, lesquels datent de 3 à 4 jours. C'est un homme de moyenne taille, chétif, pâle et anémique. État typhoïde; les pupilles réagissent, mais le regard est fixe sans paralysie des muscles de l'œil ; signes de congestion pulmonaire. Le lendemain, accès épileptiforme de 5 minutes, puis respiration de Cheyne Stokes ; rien d'anormal à l'ophthalmoscope ; incontinence d'urine, qui contient quelques cylindres hyalins. Perte de connaissance permanente, le malade meurt dans la soirée. A l'autopsie, congestion pulmonaire, rate un peu grosse, molle, intestin un peu injecté avec gonflement des follicules clos, pas d'ulcération. Pie-mère fortement injectée, un peu trouble, matière gélatineuse dans certains des sillons, liquide clair peu abondant dans les ventricules : à la coupe, petites hémorragies, les unes punctiformes, les autres du volume d'un demi pois dans l'écorce et dans les ganglions, ainsi que dans la substance grise du cervelet. Les cultures et les coupes mettent en évidence des filaments de bactéridie charbonneuse dans la rate, le cerveau, les ganglions. La porte d'entrée de l'infection est malheureusement restée inconnue ; peut-être faut-il incriminer une brosse à blanchir.

C. LUZET.

Essais sur la syringomyélie, par CRITZMAN (*Thèse de Paris*, 1892).

Les aspects sous lesquels se manifeste la syringomyélie peuvent être ramenés à un certain nombre de types : atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, forme Morvan, forme de sclérose latérale amyotrophique, et forme latente. La dissociation de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse, qu'on a désignée du nom de dissociation syringomyélique, est souvent absente dans cette maladie, et peut se rencontrer au contraire dans certaines affections du système nerveux central ou périphérique (ataxie, hystérie, lèpre, alcoolisme, etc.). Dans la syringomyélie, la sensibilité tactile est souvent atteinte; le contact, la pression, les impressions tactiles simultanées ou successives, le relief, la perception tactile des liquides sont plus ou moins troublés.

Anatomiquement, il ne s'agit pas toujours de la fonte d'une tumeur, et les proliférations névrogliques péri-épendymaires diffèrent essentiellement du gliome. C'est un processus inflammatoire secondaire soit à des troubles circulatoires, soit à lésions irritatives des cellules épendymaires ou des autres éléments parenchymateux de la moelle, même les cellules des cornes antérieures. GIRODE.

Sur un cas de syringomyélie avec manifestations bulbaires, par RAICHLINE (*Thèse de Paris*, 1892).

Il s'agit d'une femme de 47 ans présentant une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, une dissociation syringomyélique, des paresthésies, de l'hyperesthésie de la tête avec douleurs fulgurantes.

De plus, à la suite d'un double ictus cérébral, on a pu observer des troubles variés (ptosis, diplopie, nystagmus), paralysie du facial inférieur, paralysie pharyngo-laryngée.

Ce dernier ordre de phénomènes montre qu'à l'altération médullaire habituelle s'est surajoutée une lésion sus-jacente qui fait de l'ensemble un type bulbo-médullaire de syringomyélie. GIRODE.

Doppelseitige Accessoriuslähmung bei Syringomyelie (Paralysie bilatérale du spinal dans la syringomyélie), par Ad. SCHMIDT (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, *p.* 606, 1892).

Un garçon de vingt-trois ans, tailleur, s'est aperçu, à l'âge de quinze ans, de la difficulté qu'il avait à tenir son aiguille. Il a pu, cependant, travailler jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A cette époque survint une maladie fébrile, à la suite de laquelle il eut de la raucité de la voix et de la parésie du voile du palais. Depuis ce moment les désordres s'aggravèrent.

On remarque une cyphose qui porte sur les premières vertèbres dorsales et les dernières cervicales; en bas, lordose et scoliose à droite. Les omoplates sont très éloignés de la colonne vertébrale, les mouvements des épaules très restreints, l'élévation des bras pénible. Atrophie complète de la partie inférieure des trapèzes, tandis que la partie supérieure est indemne. Atrophie, sans paralysie, des sterno-mastoïdiens. Atrophie et parésie des angulaires de l'omoplate, des grands dentelés, des rhomboïdes, des fléchisseurs de la main et des doigts. Main de singe. Paralysie du récurrent gauche avec atrophie de la corde vocale de ce côté; rien au voile du palais ni au pharynx.

Conservation de l'excitabilité électrique et de la sensibilité générale. Aux

bras, à la poitrine et au cou, diminution ou abolition de la sensibilité thermique, analgésie, désordres vaso-moteurs et trophiques. L. GALLIARD.

Ueber centrale Hœmatomyelie, par L. MINOR (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 3, *p.* 693).

En 1886, Minor avait observé chez un jeune garçon, un cas pathologique qui réalisait les caractères de la paralysie de Brown-Séquard, mais avec des troubles de la sensibilité en tout semblables à ceux qu'on observe dans les cas de syringomyélie. On se rallia à ce dernier diagnostic.

Depuis lors, l'auteur a observé trois autres cas semblables, dont voici une relation abrégée :

1° — Homme de 24 ans, a été projeté à terre par un sac tombé d'une assez grande hauteur; le dos s'est heurté contre un trottoir. Cet accident a été suivi de la paralysie et de l'atrophie consécutive d'un certain nombre de muscles des membres supérieurs. Dans la moitié gauche du corps, au-dessous du mamelon, on constatait de l'hyperesthésie. Aux membres supérieurs il y avait de l'analgésie totale et de la thermo-anesthésie jusqu'à une ligne circulaire qui correspondait au milieu du bras. On notait les mêmes troubles de la sensibilité à droite, au-dessous du mamelon.

2° — Homme de 25 ans, est tombé du haut d'un escalier; l'examen de la colonne vertébrale n'a révélé ni fracture, ni luxation. Paralysie aux membres supérieurs et inférieurs, complète à droite, incomplète à gauche. Au bout de trois mois, la motilité était redevenue normale à gauche; les mouvements actifs du bras droit étaient réduits à zéro; les mouvements passifs imprimés à ce membre développaient de la contracture. Le malade pouvait mouvoir sa cuisse droite. Exagération des réflexes, sensibilité normale à droite. A gauche la sensibilité tactile était intacte; au-dessous d'une limite représentée par la deuxième côte, on constatait une analgésie complète avec thermo-anesthésie.

3° — Jeune homme de 17 ans, est tombé d'un troisième étage. Pas de fracture, pas de luxation de la colonne vertébrale. Paralysie motrice et anesthésie. Quatre mois et demi plus tard, on constate des paralysies multiples dans la moitié supérieure du corps, avec atrophie musculaire très prononcée. Au membre inférieur droit la motilité était normale; à gauche, parésie motrice et rigidité. Partout la sensibilité tactile était conservée. On constatait de la thermo-anesthésie, au-dessous d'une ligne qui passait en avant et à droite à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et à gauche entre le mamelon et le nombril, en arrière et à droite au niveau de l'angle de l'omoplate, à gauche à six travers de doigt plus bas; thermo-anesthésie dans le tiers inférieur du bras droit et à l'avant-bras.

L'auteur pense que dans les trois cas la lésion en cause était représentée par une désorganisation du tissu de la moelle, par hémorragie, (hématomyélie) traumatique. L'hématomyélie, dans ces trois cas ne s'est point révélée par les symptômes que lui assignent les classiques, mais par ceux de la syringomyélie.

Reste la question de savoir s'il n'y aurait pas eu en jeu une gliomatose traumatique, genre de lésion qui entretient des relations très étroites avec l'hématomyélie centrale. E. RICKLIN.

Chronic ascending poliomyelitis anterior,' par LOCKWOOD (*New York med. journ., p.* 711, 25 *juin* 1892).

Dans ce cas, le premier signe a été la parésie du groupe musculaire

innervé par le nerf tibial antérieur du côté droit; cela correspond au type péronéal de l'atrophie musculaire progressive de Charcot et Marie.

Femme de 46 ans, n'ayant eu d'autre maladie qu'une fièvre intermittente. Le 1er septembre 1889, elle se heurte la jambe droite à une chaîne et, quelques jours après, elle remarque qu'elle a de la peine à marcher. Le 6 février 1890, l'auteur constate la parésie des muscles qui fléchissent le pied et étendent les orteils du côté où s'est produit le traumatisme. Pas d'atrophie. Diminution de la contractilité galvanique. On pense à une paralysie périphérique.

En avril, atrophie, réaction de dégénérescence.

En octobre, paralysie complète de la jambe droite avec réaction de dégénérescence; paralysie du groupe tibial antérieur gauche; paralysie et atrophie des éminences thénar et hypothénar de la main droite avec contractions fibrillaires. On ne peut méconnaître dès lors la poliomyélite antérieure.

Pas de troubles de la sensibilité.

Plus tard, la malade est soignée par Hammond qui lui fait prendre de l'iodure de potassium. Elle meurt à la fin de 1891 après avoir eu, pendant huit jours, des signes de paralysie cardiaque et pulmonaire.

Examen des centres nerveux par Hammond;

Dans le segment dorso-lombaire, les faisceaux postérieurs sont normaux. Les faisceaux latéraux provenant de l'entrecroisement des pyramides sont atrophiés; le nombre des fibres musculaires est diminué, et le tissu conjonctif s'est hypertrophié. Lésions moins accentuées dans le reste des faisceaux antéro-latéraux. Dans les cornes antérieures, épaississement des parois vasculaires.

Mêmes lésions dans le segment cervical de la moelle.

Dans le bulbe, pyramides antérieures légèrement sclérosées. Atrophie des cellules motrices du noyau du pneumo-gastrique et du spinal. Légère sclérose du faisceau respiratoire à côté du noyau du pneumo-gastrique. Noyau de l'hypoglosse intact.

Pas d'examen des nerfs périphériques.

L'auteur fait remarquer que l'affection a débuté à la suite d'un traumatisme, qu'elle a évolué lentement, qu'au début le diagnostic était impossible.

L. GALLIARD.

Des poliomyélites antérieures aiguë, subaiguë et chronique de l'adulte greffées sur la paralysie infantile, par BERNHEIM (*Revue de médecine*, *janvier* 1893).

Homme de 52 ans, atteint de paralysie infantile à l'âge de onze mois. Celle-ci était caractérisée par une atrophie du membre inférieur droit avec pied bot équin paralytique. A quarante-sept ans il fut pris d'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne ayant débuté par la main droite et s'étant généralisée graduellement. Le malade succomba à une hémorragie cérébrale quatre ans plus tard.

Bernheim ne croit pas que la paralysie infantile joue le rôle d'épine proprement dite dans les cas où consécutivement on assiste au développement de poliomyélites antérieures aiguë, subaiguë et chronique. Il s'agit bien plutôt d'une susceptibilité, d'une prédisposition congénitale ou acquise à la dégénérescence des cellules des cornes antérieures présentée par certains sujets et survenant sous l'influence d'une cause encore inconnue.

C. GIRAUDEAU.

L'amblyopie transitoire, par ANTONELLI (*Arch. de neurol.*, *septembre et novembre* 1892).

Antonelli propose de substituer le nom d'amblyopie transitoire aux

autres dénominations telles que migraine ophtalmique, scotôme scintillant, théicopsie, adoptées jusqu'à présent. En effet, dans les cas qualifiés de migraine ophtalmique, ce sont les troubles visuels qui ouvrent la marche, et ils peuvent se présenter en l'absence de syndrôme migraineux. C'est le symptôme amblyopie transitoire qui a le plus de valeur, quelle qu'en soit la forme. Les formes dissociées de migraine ophtalmique sont des cas d'amblyopie transitoire, soit simple ou accompagnée, qui alterne ou se confond avec les attaques migraineuses ou autres troubles nerveux. L'amblyopie transitoire serait compliquée, lorsque dans les accès il y a encore des troubles de la parole, de l'intelligence ou de l'épilepsie partielle ou complète. Elle doit être rangée, comme la migraine, parmi les troubles nerveux purement dynamiques. Même dans les cas où les accès d'amblyopie accompagnent ou précèdent une maladie nerveuse organique, telle que le tabes ou la démence paralytique, ces accès sont dus à un trouble fonctionnel passager du cerveau. Elle est essentiellement caractérisée par des troubles oculaires différents, tels que l'hémiopie, qui est la plus fréquente, les scotômes périphériques symétriques, le scotôme central monoculaire ou binoculaire, l'amblyopie ou même l'amaurose totale, l'hémianopsie double, etc.

Le trouble visuel se déclare et disparaît plus ou moins brusquement. Il s'accompagne parfois d'autres troubles oculaires, et, souvent, du syndrôme migraineux, constituant la veritable migraine ophtalmique. C'est une affection d'ailleurs assez fréquente, à laquelle les malades attachent moins d'importance parce qu'elle est fugace. Le trouble fonctionnel qui cause l'amblyopie transitoire siège sans doute dans l'écorce cérébrale.

DESCOURTIS.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses, par Paul BLOCQ (*In*-16, *Paris*, 1892).

L'auteur débute par l'étude de la marche normale dont il expose le mécanisme et les caractères en mettant à profit les travaux de Vierordt, de Gilles de la Tourette, de Marey, etc...; la partie consacrée à la psycho-physiologie de la marche d'après Charcot, Wendt, etc..., est particulièrement intéressante.

Le chapitre II est consacré aux maladies du système nerveux qui causent des troubles de la marche : Maladies des muscles, des nerfs, des méninges spinales, de la moelle, du bulbe, de la protubérance, des pédoncules, du cervelet, des méninges, du cerveau, névroses et états psychiques.

Dans le chapitre III se trouve étudiée la pathogénie des troubles de la marche; P. Blocq propose à cet égard la classification suivante : *dysbasies motrices*, *dysbasies sensitives*, *dysbasies psychiques*, *dysbasies trophiques;* les passages consacrés à l'étude de l'incoordination des tabétiques, à celle des abasies méritent d'être signalés.

Pour ce qui a trait à la description des troubles de la marche, P. Blocq use, suivant que l'un seulement ou les deux membres inférieurs en sont la cause, de la classification suivante :

Marche unilatérale..................... { non spasmodique.
spasmodique.

Marche bilatérale.	Rectiligne..........	non spasmodique....	tonique.
		spasmodique........	
		spasmodique ou non.	clonique.
Marche mixte....	Titubante..........	non spasmodique.	
		spasmodique.	

Dans chacune de ces classes, il étudie d'une façon brève mais topique les différentes variétés qu'offre l'observation et les caractérise en quelques mots.

Dans le chapitre VI se trouvent étudiés le diagnostic et la valeur séméiologique des troubles de la marche. On trouvera là une série d'indications qui, au point de vue clinique, offrent une réelle importance et grâce auxquelles la connaissance de la maladie, cause première des troubles de la marche, se trouvera grandement facilitée.

D'une façon générale, ce petit livre représente une grande somme de travail et d'expérience, et grâce aux efforts faits par l'auteur pour apporter par des classifications nouvelles un peu d'ordre dans un sujet aussi diffus, on peut dire que les troubles de la marche, dans les maladies nerveuses, cessent d'échapper d'une façon désespérante aux moyens d'étude du neuropathologiste; en même temps que, par la netteté des descriptions et la fixité des types choisis, le clinicien se trouve à même d'assurer son diagnostic. PIERRE MARIE.

Artérite oblitérante progressive, névrite d'origine vasculaire et claudication intermittente, par DUTIL et LAMY (*Archives de méd. exp. V*, 1).

L'artérite observée ici appartient au type décrit par Friedländer. Elle est précoce, se voit surtout chez l'homme, et se montre indépendante de l'athérome; on ne retrouve ici aucune des causes de l'artérite chronique, alcoolisme, syphilis, impaludisme. C'est une affection régionale, diffuse, atteignant les grosses et petites artères; il s'agit d'une inflammation plastique, végétante, oblitérante. Le tissu nouveau est organisé et fibreux. Les trois tuniques artérielles sont lésées et prennent part au processus. Les veines sont altérées de la même manière, mais beaucoup moins. Les artérioles des nerfs sont de même enflammées, ou même oblitérées; une névrite dégénérative correspondante s'ensuit qui a un développement proportionnel à la lésion vasculaire. A ces deux groupes d'altérations se rattachent des phénomènes importants. C'est d'une part la claudication intermittente et la sensation d'impuissance douloureuse développée à l'occasion de la marche, mais cessant vite par le repos absolu; c'est d'autre part un ensemble d'altérations gangréneuses où interviennent à la fois les névrites et les oblitérations vasculaires. GIRODE.

Des déviations vertébrales névropathiques, par HALLION (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, *n°* 3, *p.* 136, 1892).

Les déviations secondaires du mal de Pott ou du cancer des vertèbres entraînent souvent, comme on le sait, des lésions médullaires consécutives. Quant aux autres déviations rachidiennes (par scoliose), elles peuvent entraîner également des lésions médullaires, quoique très rarement; ce que l'on observe habituellement dans la scoliose, ce sont des

névralgies intercostales, lombaires ou abdominales dues aux lésions des nerfs à leur passage au niveau des trous de conjugaison rétrécis.

Les déviations vertébrales les plus fréquentes sont celles qu'on observe dans la syringomyélie. Elles sont habituellement hâtives, beaucoup plus rarement précoces, et antérieures à l'apparition de la maladie confirmée; c'est presque toujours d'une scoliose qu'il s'agit. Dans la maladie de Morvan, la scoliose a été signalée plusieurs fois.

Dans la paralysie infantile, il existe une lordose paralytique due à la paralysie des muscles sous-lombaires; quelques cas de scoliose observés à la suite de cette maladie ont été attribués à des troubles trophiques (Leyden).

Les déviations vertébrales existeraient dans la moitié environ des cas de maladie de Friedreich.

Les déviations du tabes constituent une variété très particulière. Ces déviations sont consécutives à des arthropathies et des fractures de la colonne vertébrale. Les fractures siègent habituellement au niveau de la région lombaire (5e vertèbre).

Dans 2 cas, Riclès et Vaillard ont décrit des altérations osseuses (ostéophytes) permettant d'expliquer ces fractures.

Peut-être existe-t-il également des déviations vertébrales dans la sclérose en plaques.

A côté de ces déviations consécutives à des lésions médullaires, Hallion décrit celles qui sont dues à la paralysie ou à la contracture des muscles du rachis. Les lésions musculaires bilatérales, symétriques, produisent des déviations antéro-postérieures : cyphose ou lordose. Les lésions musculaires unilatérales, asymétriques, entraînent des scolioses.

La lordose et la cyphose ont été surtout observées à la suite de lésions paralytiques; la scoliose, au contraire, à la suite de contractures. Il s'agit toujours ou presque toujours de contractures hystériques. La guérison peut se produire brusquement, lorsque la contracture disparaît.

Les scolioses liées à la sciatique sont les plus récemment connues (Charcot). Elles compliquent de préférence les formes graves. La forme observée communément est la scoliose croisée (Brissaud), dans laquelle il y a inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique; absence complète de soulèvement du pied du côté malade. G. LYON.

Paralysies et contractures hystériques, par Paul RICHER (*In*-8°, *Paris*, 1892).

P. Richer a traité ce sujet de la façon la plus large, puisque dans ce livre il étudie non seulement les paralysies et les contractures des membres, mais encore celles qui se montrent tant du côté des différents viscères que du côté des organes génito-urinaires.

Au point de vue étiologique il signale : — 1° les paralysies et contractures se montrant soit comme prodromes soit comme épiphénomènes de la grande attaque; — 2° celles qui surviennent à propos de la disparition d'un autre symptôme hystérique; — 3° celles qui sont dues à l'influence des divers états morbides (affections locales ou affections générales) : à cette occasion, P. Richer s'élève contre la tendance qu'ont certains auteurs à établir des liens trop intimes entre la chlorose et l'hystérie; — 4° celles qui sont déterminées par un traumatisme; — 5° celles qui se voient sous l'influence des émotions morales.

Au point de vue symptomatologique l'auteur distingue dans les paralysies : — A) l'*amyosthénie*, qui n'est qu'un léger degré de paralysie ; — B) la *paralysie vulgaire*, qui répond aux cas les plus communément observés ; — C) la *paralysie par suppression des mouvements coordonnés*.

La paralysie vulgaire présenterait les caractères suivants : — *a*) elle est rarement complète ; — *b*) elle atteint à un égal degré les muscles antagonistes ; — *c*) les troubles de la nutrition y sont rares ; — *d*) la contractilité électrique est conservée ; — *e*) elle s'accompagne fréquemment de troubles de la sensibilité ; — *f*) les réflexes cutanés sont souvent abolis ; les réflexes tendineux persistent ordinairement et sont même parfois exagérés, quelquefois, mais rarement, ils sont abolis ; — *g*) elle présente chez un même individu des variations d'intensité très manifestes.

Quant à la paralysie par suppression des mouvements coordonnés, ce n'est autre chose que l'astasie-abasie que P. Richer rappelle avoir signalée en 1883 en collaboration avec Charcot.

La *diathèse de contracture* occuperait, pour ainsi dire, le milieu entre la paralysie et la contracture hystérique; en effet, elle tient de la paralysie en ce qu'elle coïncide le plus souvent avec un affaiblissement marqué de la motilité, elle tient de la contracture en ce qu'elle renferme celle-ci en puissance, pour ainsi dire, et qu'il suffit de l'excitation souvent la plus légère pour la faire apparaître.

P. Richer a étudié, d'une façon toute particulière, l'action de l'électricité dans cette diathèse de contracture, mais l'exposé de ces recherches tout à fait originales ne peut trouver place dans cette analyse.

Quant aux *contractures*, elles présentent deux formes distinctes :

1° Contracture hystérique permanente se subdivisant en deux variétés suivant l'état de la sensibilité : — *a*) avec anesthésie ; — *b*) avec hypéresthésie ;

2° Contracture hystérique de forme psychique, se distinguant par les attitudes inaccoutumées, bizarres, imprévues, qu'elle imprime aux membres; elle est très instable, cesse pendant le sommeil, est rarement accompagnée de troubles trophiques, résiste aux agents thérapeutiques ordinaires, et relève tout particulièrement d'un traitement psychique approprié.

Après avoir consacré un certain nombre de pages à l'étude des complications et du diagnostic des paralysies et contractures hystériques, l'auteur arrive à celle de leur physiologie pathologique, et émet les conclusions suivantes : la contracture est un état d'activité musculaire, cet état d'activité n'est pas une contraction mais seulement une exagération du tonus musculaire. — La contracture hystérique est due à des lésions dynamiques médullaires et probablement aussi cérébrales; pour les paralysies, c'est surtout dans le cerveau qu'on doit placer la lésion dynamique initiale.

Dans la seconde partie, ces paralysies et ces contractures sont considérées en particulier; nous ne pouvons indiquer ici que les têtes de chapitre : monoplégies, hémiplégies, paraplégies, quadriplégies (paralysie des 4 membres) ; contractures et paralysies de la face (ce chapitre est

traité avec de grands détails) ; torticolis, coxalgie, paralysies ou contractures du diaphragme.

Parmi les paralysies et contractures viscérales, nous citerons celles des muscles du larynx et des organes de la respiration, celles des muscles des voies digestives et enfin celles des muscles des organes génito-urinaires.

Telles sont les grandes lignes du travail de P. Richer, elles suffiront à montrer tout l'intérêt de cette remarquable monographie, conçue et exécutée d'une façon entièrement originale.

Ce livre est accompagné de 32 figures dans le texte, presque toutes dessinées par l'auteur, ce qui nous dispense de rien ajouter.

PIERRE MARIE.

Paralysie systématisée de la face chez une hystérique, par BALLET (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *octobre* 1892).

Une femme de 38 ans est prise, sans cause provocatrice, d'engourdissement du membre supérieur, puis de l'inférieur, puis elle perd absolument la parole ; trois jours après, on constatait la perte absolue de la parole et de la voix, sans surdité ni cécité verbale, la déviation de la langue à droite, avec paralysie du facial inférieur droit, les muscles de la face se contractaient quand la malade riait ou pleurait, mais restaient inertes quand la femme voulait élever ou abaisser la commissure labiale droite.

Un mois après, la malade parlait, mais en articulant mal les syllabes, en scandant ; au repos, pas d'asymétrie de la face ; elle peut remuer à volonté la commissure labiale droite, mais quand elle parle, la commissure reste immobile, la joue droite se gonfle ; la femme fume la pipe en parlant. H. L.

Contribution à l'étude clinique des formes de la maladie de Parkinson, par BÉCHET (*Thèse de Paris,* 1892).

Dans la symptomatologie de la maladie de Parkinson, on doit accorder une importance de plus en plus considérable à la rigidité musculaire au détriment du tremblement, inconstant et sujet à induire en erreur. Cette rigidité est le facteur principal sinon unique des attitudes qui constituent un caractère clinique d'une grande valeur dans cette affection. Les attitudes sont plus variables qu'on ne le pensait naguère, en raison de la prédominance de la raideur dans des groupes musculaires différents : Dans l'immense majorité des cas, elle prédomine au niveau des fléchisseurs, dans quelques cas au niveau des extenseurs. Des dessins et des photographies, qui figurent dans la thèse de Béchet, font mieux saisir ces diverses attitudes.

Les cas qui s'éloignent du type ordinaire de la maladie de Parkinson sont nombreux. Ils correspondent en général à une phase de la maladie et tôt ou tard finissent par se compléter. On peut les grouper en trois formes atypiques : la première, par absence ou modification d'un des symptômes fondamentaux, raideur et tremblement ; la seconde, par la localisation anormale ou le mode d'envahissement des symptômes ; la troisième, enfin, par la présence de phénomènes rares ou surajoutés. Il est parfois difficile, surtout au début, de distinguer ces formes, de différentes affections qui peuvent simuler quelques-uns de leurs caractères. On doit alors s'appuyer sur plusieurs symptômes à la fois. La maladie de Par-

kinson, n'en est pas moins une entité morbide quoique mal connue dans sa nature : elle est plus qu'un simple syndrôme. DESCOURTIS.

De l'incision et du drainage dans la péricardite purulente, par R. SIEVERS (*Finska läkar. handlingar, XXXIV*, 12).

Femme de 22 ans, entrée à l'hôpital pour une pleuro-pneumonie droite avec néphrite. Les jours suivants pleurésie gauche, péricardite, fièvre intense. Le 3 juillet ponction du péricarde : issue de 300 centimètres cubes de matière séro-purulente, contenant des micro-organismes en bâtonnets, mais pas de pneumocoques ni de streptocoques. Le lendemain, dyspnée, cyanose. S. pratique alors une incision dans le 3e espace intercostal, à deux centimètres à gauche du sternum. Incision du péricarde de 2 centimètres, écoulement abondant de pus. Soulagement immédiat. Quelques jours plus tard, opération de l'empyème de la plèvre gauche. Mais la malade s'affaiblit et meurt le 12 juillet. A l'autopsie, péricardite et pleurésie purulentes, néphrite aiguë.

L'auteur n'a pu relever que huit cas de péricardite purulente traités par l'incision. A. CARTAZ.

Refoulement du cœur à droite et dextrocardie congénitale, par L. BARD (*Lyon méd.*, 25 *décembre* 1892).

De la comparaison de deux cas de déplacement du cœur, l'un congénital, l'autre par épanchement pleurétique, B. tire les conclusions suivantes :

Dans les cas de déviation du cœur à droite par refoulement, traction, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée. Dans ces cas, c'est la base du cœur qui s'avance le plus loin à droite, elle peut atteindre la ligne mamelonnaire droite et occupe les troisième, quatrième, cinquième espaces droits, avec maximum dans le quatrième.

Quand on ne constate qu'un seul foyer de battements rythmiques situé à droite, il faut le rapporter à la base ; la preuve en est donnée par la constatation du claquement diastolique qui suit l'expansion systolique.

Quand on perçoit deux foyers de battements systoliques, le choc de la pointe est celui qui est situé le plus à gauche, le plus bas ; dans les cas extrêmes, il se rencontre à gauche de la ligne médiane, à l'épigastre, où il devient plus apparent dans la station debout.

Dans ces cas de présence réelle de la pointe sous le mamelon droit (dextrocardie), on rencontre un second foyer, qui est celui de la base, au-dessus et en dedans de celui de la pointe ; on y constate le claquement diastolique qui fait alors défaut au-dessous du mamelon droit.

A. CARTAZ.

Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten, par Th. SCHOTT (*Berlin. klin. Wochens., n°* 31, *p.* 774, *et n°* 32, *p.* 806, 1er *et* 8 *août* 1892).

Étiologie de 750 cas d'affections chroniques du cœur traités par Schott.

L'hérédité joue un rôle beaucoup plus important qu'on ne le suppose,

car 212 des malades appartenaient à des familles ayant des cardiaques. Une même famille comptait 3 cas de dextrocardie.

Sur le chiffre total de 750, 245 malades avaient des lésions valvulaires et pour 58 d'entre eux on retrouvait une affection similaire chez plusieurs parents, dans les lignes ascendante ou descendante. 2 pour cent des malades atteints d'affections valvulaires étaient âgés de moins de 10 ans. En dehors des lésions congénitales, jusqu'à 40 ans, il y a prédominance des affections mitrales, souvent compliquées de lésions de la valvule tricuspide. A partir de 40 ans, ce sont les valvules aortiques et le sexe masculin qui fournissent les plus nombreux cas.

Pendant la jeunesse et l'âge moyen de la vie, c'est surtout le rhumatisme articulaire aigu qui lèse le plus souvent (134 cas) les valvules ; viennent ensuite les autres maladies infectieuses : scarlatine (19), fièvre typhoïde (18), grippe (8), diphtérie (7), rougeole (7), fièvre intermittente (3), fièvre puerpérale (2), rhumatisme blennorragique (1).

A partir de l'âge moyen de la vie, on trouve comme autres causes la chorée (9), le rhumatisme chronique des muscles et des articulations (4). Les affections infectieuses aiguës survenues à un âge avancé peuvent aussi atteindre les valvules, mais leur rôle est insignifiant comparé à celui de l'artériosclérose : aussi, au delà de 40 ans, les hommes forment-ils la majorité des cas de maladies chroniques du cœur. L'artériosclérose généralisée est mentionnée 23 fois, la syphilis 2 fois, l'arthritisme (14 fois, surtout chez des Anglais), le diabète et l'ictère 2 fois, le goître exophthalmique 5 fois (dont 4 lésions mitrales), la cyphoscoliose intense 9 (souffle à la base).

Les 505 cas d'affections neuro-musculaires du cœur ont une étiologie beaucoup plus variée et plus complexe. Ici le rôle de l'hérédité est beaucoup plus marqué que pour les lésions valvulaires. Ce n'est guère qu'au delà de l'adolescence qu'on observe ces affections, débilité cardiaque généralement compliquée de la dilatation totale ou partielle de l'organe, cœur gras, myocardite, névroses de la motilité et de la sensibilité.

Les émotions et le surmenage intellectuel sont signalés 140 fois comme causes ; les fatigues corporelles, 68 fois.

Par ordre d'importance étiologique, les affections fébriles occupent le deuxième rang (132 cas).

La chlorose ou l'anémie est inculpée 108 fois, mais il est possible que ce soit plus souvent l'effet que la cause du mal.

L'abus de l'alcool, du tabac, du café, du thé, est incriminé 101 fois, l'obésité 59 fois. Alors même que la graisse n'envahit pas le cœur lui-même, celui-ci se trouve gêné par la surcharge graisseuse de la cavité thoracique. D'un autre côté, une nutrition défectueuse, un amaigrissement rapide coïncidant avec une croissance rapide chez les adolescents, a paru être 25 fois l'origine de la maladie cardiaque. Les cures d'émaciation rapide chez les obèses offrent un danger analogue : Schott a noté dans 8 cas l'influence fâcheuse du traitement d'Œrtel.

19 fois il s'agissait d'hémorragies profuses, dont 14 à la suite d'accouchements se succédant promptement.

La syphilis est invoquée 3 fois, la diathèse urique, 54 fois, les affections du tube digestif, 22 fois, l'emphysème pulmonaire, 22 fois aussi, les affections du système nerveux, 47 fois, les excès sexuels, 23 fois.

Schott renonce à exprimer en chiffres la part étiologique de l'artério-sclérose.

Les intoxications chroniques par le plomb, la morphine, la cocaïne ; l'usage prolongé des préparations salicylées ou de l'antipyrine, le travail dans les couleurs d'aniline et d'alizarine, l'inhalation de vapeurs de charbon, de vapeurs acides, l'hyoscyamine, l'aconitine, etc., méritent aussi d'être cités.

Il en est de même des maladies sexuelles de la femme, causes de névroses cardiaques, et de la ménopause, cause d'affections très diverses du cœur.

Les extrêmes de température exercent aussi une influence débilitante sur le cœur, aussi bien le séjour prolongé sous les tropiques que l'usage de bains trop chauds ou trop froids ; la cure de Kneipp n'est pas exempte d'inconvénients sous ce rapport.

A la suite d'une insolation, Schott a vu une tachycardie opiniâtre.

Les traumatismes locaux ou généraux (accidents de chemins de fer) ont également un rôle étiologique. J. B.

Les attitudes du corps comme méthode d'examen, de diagnostic et de pronostic dans les maladies du cœur, par AZOULAY (*Thèse de Paris*, 1892).

On peut rendre les battements du cœur plus énergiques et plus lents, et par conséquent les bruits de souffle plus intenses et plus nets, en plaçant le malade dans l'attitude suivante : 1° faire coucher le malade le plus horizontalement possible; 2° relever fortement la tête seule avec le traversin, de telle sorte que le menton se rapproche du sternum ; 3° relever les bras soit par un aide, soit en les plaçant sans efforts en haut et en arrière, étendus contre le chevet du lit; 4° replier les jambes de façon à ce que les genoux se touchant, les talons soient aussi près que possible des ischions.

Cette position, dite *relevée*, doit être prise doucement et sans effort brusque, être conservée sans contraction musculaire, et être gardée une ou deux minutes avant l'auscultation, pour laisser le calme se rétablir dans le cœur agité par ces mouvements.

Cette attitude doit être évitée chez les malades que menace l'asystolie, une embolie ou une hémorragie quelconque. Quelquefois cependant elle peut être utilisée avec prudence pour éprouver l'état du cœur et de la circulation pulmonaire. LEFLAIVE.

Mort subite par rupture du cœur, sans épanchement de sang dans le péricarde, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôp.*, 18 *novembre* 1892).

Une femme de 50 ans arrive pour la cinquième fois à l'hôpital, avec les symptômes suivants : tachycardie, arythmie, dilatation du cœur droit, congestion des poumons des reins, du foie, oligurie (300 gr.) Au bout de cinq jours de traitement à la digitale (20 centig. de poudre par jour) diurèse abondante (4 litres 200 gr.) ; puis le 6e jour, mort subite par syncope.

A l'autopsie on constate que le péricarde ne renferme pas de sang ; mais à la face antérieure du cœur, au niveau du milieu du ventricule droit il existe une petite fissure linéaire de 5 millimètres de long, dirigée en bas et à gauche ; on y introduisit un stylet, et on put constater qu'il s'agissait d'une cavité contenant une substance molle, jaunâtre, et s'ouvrant dans le ventricule

entre les colonnes charnues. Toutes les cavités du cœur étaient dilatées. L'examen histologique montra de nombreux foyers de dégénérescence granuleuse fragmentaire du myocarde, lésion qui est le premier stade de la sclérose cardiaque; ce sont des foyers de ramollissement ischémique, dépenpendant des lésions artérielles. Il y avait des lésions marquées d'endartérite et de périartérite. H. L.

Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire, par FAURE-MILLER (*Thèse de Paris*, 1892).

L'artériosclérose du cœur peut déterminer des cardiopathies qui s'étendant aux valvules, peuvent se traduire par des souffles. Ces cardiopathies artérielles myo-valvulaires sont consécutives, non au rhumatisme, mais aux causes d'artériosclérose (syphilis, alcool, infections, etc). Leur traitement doit se préoccuper bien plutôt du cœur périphérique, de la maladie vasculaire, que des troubles de l'hydraulique cardiaque. Contre l'hypertension artérielle on prescrira le régime alimentaire, le repos, la trinitrine; contre l'insuffisance fonctionnelle des viscères, les iodures, puis la digitale; contre les symptômes toxiques et surtout contre la dyspnée, le régime lacté. LEFLAIVE.

L'emphysème sous-cutané, par P. HÉAN (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur étudie l'emphysème du médiastin et l'emphysème sous-cutané qui compliquent parfois les affections non traumatiques du poumon et qui succèdent à l'emphysème interlobulaire comme l'avait déjà indiqué Laënnec.

L'emphysème du médiastin peut, dans certains cas, être diagnostiqué : il se traduit à l'auscultation par une crépitation fine, synchrone à la systole cardiaque, et, à la percussion, par une sonorité qui remplace la matité cardiaque.

Une des complications de l'emphysème sous-cutané est la congestion cérébrale.

Parmi les maladies qui peuvent être aggravées par l'emphysème sous-cutané il faut citer la broncho-pneumonie et ses différentes variétés, la tuberculose du poumon, l'atrophie sénile du poumon, l'emphysème aigu des cholériques (*R. S. M.*, XLI, 160). L. GALLIARD.

Pleurésie purulente ouverte à la région lombaire, par DUBRUEIL (*Gaz. méd. Paris*, 10 *décembre* 1892).

Jeune homme de 24 ans, atteint d'une pleurésie suppurée à gauche, à la suite de laquelle paraît dans l'espace ilio-costal, vers le bord externe du carré des lombes, une tumeur mate fluctuante et paraissant irréductible. Pas de déformation du rachis; douleur à la pression immédiatement en dehors de la colonne lombaire. Une incision dans la région lombaire donne issue à un litre de pus séreux ; aussitôt après cette évacuation, on constate, par la percussion et l'auscultation, qu'il n'y a plus d'épanchement dans la plèvre, ce qui confirme le diagnostic d'un empyème ayant fusé à travers le diaphragme, en arrière du ligament cintré, dans la région lombaire. Traitement ordinaire de la cavité purulente par le drainage et les lavages antiseptiques, suites normales. OZENNE.

Mille cas de tuberculose pulmonaire. Considérations étiologiques et thérapeutiques, par W. PHILIP (*Edinburgh med. j.*, *p.* 978, *mai* 1892).

L'hérédité joue une certaine influence et donne aux tissus une sensibilité qui diminue plus ou moins la résistance au bacille tuberculeux, c'est dire que la contagion est le mode de propagation de la tuberculose. 6, 7 0/0 des cas rapportés ne permettent pas de nier l'évidence d'une contagion; ces faits ont été examinés et soigneusement étudiés. On trouve les types de contagion suivants : de l'époux à la femme, plusieurs cas; de la femme au mari, plusieurs cas; des enfants à la mère 2 cas; des enfants au père, 3 cas; de la belle-mère à la belle-fille, 1 cas; de compagnons de sommeil ou de vie, plusieurs cas (hommes avec femmes); par inoculation tuberculeuse directe, 2 cas; de frère à sœur et inversement, fréquent; de père à enfant, fréquent; de même de mère à enfant. Tous les modes de contagion sont admissibles.

Les résultats du traitement ont été les suivants en mettant de côté les malades qui n'ont pas été suivis en temps suffisant. En rangeant ces faits par quatre groupes. Bons : améliorés, *statu quo*, mauvais, on trouve :

Bons. 117 ou 24,94 0/0; ce sont les cas où l'amélioration dans les symptômes a été progressive, où les signes physiques et l'état général se sont maintenus parfaits dans une période d'au moins 6 mois.

Améliorés. L'amélioration a été définitivement constatée mais à un degré moins grand que dans le groupe précédent; ce groupe renfermant 163 cas ou 34,75 0/0.

Statu quo. Ce sont les cas où les malades sont tantôt mieux tantôt moins bien et chez lesquels on ne peut noter une tendance à l'amélioration plus grande qu'à l'aggravation : 113 cas ou 24, 1 0/0.

Enfin mauvais. Les cas où les forces continuent à diminuer et où s'accentuaient les signes de l'affection auxquels parfois venaient se surajouter des symptômes rapidement mortels 76 cas, soit 16 2 0/0.

F. VERCHÈRE.

La grippe influenza, par J. TEISSIER (1 *vol. de* 185 *p.*, *Paris*, 1893).

L'importante monographie que J. Teissier, de Lyon, vient de consacrer à la grippe, dissipe une partie des obscurités qui règnent encore sur la pathogénie de cette maladie.

Les recherches faites de concert avec Roux et Pittion, sur les urines des malades atteints d'influenza, conduisent à la découverte de bacilles lancéolés, mobiles, ne liquéfiant pas la gélatine, donnant sur la pomme de terre des spores parfaitement nettes : l'auteur les appelle des diplobacilles. D'autre part, l'ensemencement du sang des mêmes malades dans du bouillon donne des éléments en chaînettes analogues aux streptocoques.

Pour Teissier, le diplobacille est l'agent infectieux de la grippe; malgré son polymorphisme et sa ressemblance avec le pneumocoque, il ne s'est jamais rencontré en dehors de cette maladie.

L'inoculation de ses cultures au lapin détermine chez l'animal une infection analogue à celle de la grippe par l'évolution de la température, l'intensité des phénomènes nerveux et le caractère des lésions anato-

miques. On y retrouve notamment les abaissements thermiques consécutifs à la poussée initiale, et la néphrite infectieuse si commune dans l'influenza. Le sang des animaux contient des chaînettes streptococciques, et leurs urines des diplobacilles. Les éléments en chaînette ne sont qu'une forme de passage du même agent spécifique, qui est polymorphe : les cultures successives et les inoculations sériées le prouvent. L'infection paraît se faire plutôt par les toxines sécrétées que par les microbes eux-mêmes.

Les conditions épidémiques qui favorisent la diffusion du microbe paraissent être les suivantes. Les foyers de prédilection se forment au bord des cours d'eau et dans les endroits humides : l'humidité de l'atmosphère a été constante dans l'épidémie de 1890. La contagion n'est pas douteuse, elle se fait d'homme à homme, par les produits de l'expiration pulmonaire, et aussi par l'intermédiaire d'objets contaminés par les malades. Elle se transmet rapidement aux villes reliées par des communications rapides : de là, elle forme une série de foyers qui rayonnent autour de chacun des centres. Il est probable qu'elle reste à l'état de menace constante sous formes de petits foyers sporadiques qui n'attendent que des conditions favorables pour se diffuser.

La partie de l'ouvrage consacrée aux formes cliniques et aux complications de la grippe est un bon résumé de nos connaissances à ce sujet; à signaler spécialement les chapitres consacrés aux complications nerveuses, névrites généralisées, partielles et viscérales, et aux névroses tardives qui leur succèdent. H. R.

Un nuovo caso di tubercolosi gastrica, par O. BARBACCI (*Lo Sperimentale*, n° 13, *p.* 249, 1892).

Les cas de tuberculose gastrique sont des plus rares. Chez une femme de 60 ans, l'auteur a trouvé à côté de lésions tuberculeuses du poumon, du pharynx et de l'intestin deux ulcérations de l'estomac siégeant dans la région pylorique, à bords relevés et taillés à pic. Dans le fond on apercevait des nodules caséeux. A l'examen histologique, infiltration de cellules embryonnaires à la périphérie de l'ulcération et cellules géantes. Enfin la nature tuberculeuse de la lésion put être démontrée par la présence de nombreux bacilles de Koch à l'intérieur du foyer caséeux.

P. BOULLOCHE.

L'appareil suspenseur du foie ; l'hépatoptose et l'hépatopexie, par FAURE (*Thèse de Paris*, 1892).

L'appareil suspenseur du foie est constitué par l'ensemble des ligaments et des organes qui unissent le foie à la concavité du diaphragme, et dont le plus important est la veine cave inférieure. L'ensemble de ces moyens peut supporter un poids de 35 à 40 kilogrammes. C'est le centre phrénique qui sert de point d'insertion principal, et médiatement le péricarde et les gros vaisseaux de la base du cœur. Le rôle de la masse intestinale qui est certain, doit être considéré comme absolument accessoire. Tous les axes autour desquels le foie exécute des mouvements de bascule ou de rotation passent par la veine cave inférieure, qui est, en conséquence, le point le plus fixe du foie.

L'hépatoptose est un élément de laptose viscérale, et la dernière étape de l'entéroptose. Elle est sous la dépendance de la même prédisposition morbide, relevant d'un trouble nutritif général. Les autres causes, secousses, efforts, éventration ne sont que des causes occasionnelles. Les lésions anatomiques de l'appareil supenseur, dans ces conditions, sont inconnues. Peut-être s'agit-il avant tout d'un allongement et d'une laxité anormale de la veine cave. Les signes physiques fournis par la percussion de la région hépatique et la constatation dans l'abdomen d'une tumeur rappelant le foie permettent le diagnostic. Les symptômes fonctionnels sont vagues, et perdus dans les troubles tenant à l'entéroptose et la néphroptose. On conseillera d'abord au malade le port d'une ceinture appropriée. L'hépatopexie partielle ou totale ne sera faite que si dans une laparotomie exploratrice on trouve un lobe hépatique prolabé, ou toute la glande très mobile. GIRODE.

L'ulcère de l'estomac, par DEBOVE et J. RENAULT (*In*-18, *Paris*, 1892).

Cette monographie constitue le travail le plus clair et le plus substantiel que nous possédions actuellement sur l'ulcère de l'estomac.

Sur l'anatomie pathologique, les symptômes, les complications si nombreuses de la maladie, il semble qu'il ne reste plus grand chose à apprendre. Les notions acquises, parfaitement exposées dans ce livre, doivent être considérées comme complètes.

La question du diagnostic se simplifie de jour en jour.

Pour ce qui concerne le traitement, tout le monde est d'accord sur la nécessité du régime lacté et des alcalins. Debove ne craint pas de porter à 40 grammes la dose quotidienne de bicarbonate de soude. Il indique, d'ailleurs, pour juger de la suffisance de la dose, un réactif excellent, la douleur: chez tout malade dont le suc gastrique est neutralisé par les alcalins la douleur cesse. Debove a exposé avec sa compétence particulière les détails du traitement médical de l'ulcère rond. Peut-être les chirurgiens lui reprocheront-ils de n'avoir pas indiqué ce qu'ils ont le droit de tenter lorsque l'érosion d'une artère gastrique volumineuse provoque des hémorragies incoercibles.

Ce qui reste à découvrir, c'est le secret de la pathogénie. Toutes les doctrines, celle de l'ischémie artérielle, celle de l'hypérémie, celle de l'inflammation, celle de l'infection si brillamment défendue par Letulle, sont passibles d'objections. « Assurément, disent Debove et J. Renault, le suc gastrique gêne la cicatrisation des ulcères, mais il ne saurait expliquer ni leur formation ni leur persistance.... Nous sommes conduits à voir dans l'ulcère rond une affection spécifique, c'est-à-dire due à une cause spéciale. Quant à la nature de cette cause nous l'ignorons complètement. L'agent de cette spécificité nous est inconnu. »

L'excellent livre de Debove et J. Renault se termine par l'histoire très complète de l'ulcère du duodénum et de l'ulcère de l'œsophage.

L. GALLIARD.

Weitere Beitraege zur Kenntniss des fieberhaften Ikterus, par J. KARLINSKI (*Fortschritte der Medicin* 1891 *et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 18, *p.* 803, 15 *septembre* 1892).

Dans un précédent travail (*Fortschritte der Medicin*, *1890*), Karlinski

a déjà décrit 5 cas d'ictère fébrile caractérisés par une courbe thermométrique se rapprochant de celle de la fièvre récurrente et par la présence dans le sang de bacilles courbes s'allongeant parfois en spirilles. Karlinski a eu depuis lors l'occasion d'observer 15 autres faits pareils qui le confirment dans l'idée qu'il s'agit d'une fièvre à rechutes modifiée par la coexistence de l'impaludisme chez le même malade. Ayant remarqué que les spirilles de la fièvre à rechutes conservent 20 jours leur vitalité dans l'intestin des sangsues, il s'est servi de ce milieu pour cultiver les bacilles courbes en question, grâce à l'apposition de sangsues aux malades atteints d'ictère. Il a obtenu ainsi des spirochètes courbes ayant jusqu'à 20 centimètres de long, qu'il regarde comme les types adultes des bacilles courbes constatés dans le sang humain. De plus, en mélangeant du sang d'un malade avec une quantité égale de sang d'un individu sain, à la température de 18° centigrades, au bout de vingt-quatre heures, il a vu ces bacilles recourbés s'allonger en spirochètes typiques d'Obermeier, à mouvements très vifs.

Karlinski rattache ces 20 cas d'ictère fébrile à la fièvre à rechutes, en admettant que des altérations sanguines post-paludéennes ont occasionné des modifications dans les dimensions, la mobilité et la durée de vie des spirilles.

Karlinski ajoute qu'il a constaté l'existence de cils à la fois sur les spirilles typiques et sur les bacilles courbes. J. B.

Des infections avec ictère, par GIRODE (*Archives de méd., avril et mai* 1892).

Les conclusions de l'auteur sont que :

L'état puerpéral est une des conditions étiologiques les plus actives des infections avec ictère.

Les modifications qui se produisent dans les organes génitaux et dans les régions para-génitales peuvent préparer l'infection ou lui servir de porte d'entrée. Tels sont les trombus péri-utérins sous-péritonéaux, qui peuvent être l'occasion d'une infection d'origine intestinale.

Cliniquement, on a affaire à des maladies générales, dont l'ictère est le symptôme le plus remarquable. Ce sont des infections avec ictère. Les troubles de l'appareil rénal y prennent toujours une place considérable. Ils expliquent pour une part l'anasarque et les températures basses qui, à vrai dire, peuvent être aussi en rapport avec l'espèce microbienne en cause (action cholérigène du bacille d'Escherich).

Au point de vue anatomique, on peut rencontrer un foie hypertrophié et congestionné, ou le type de l'atrophie jaune aiguë, dans des faits, d'ailleurs peu séparables cliniquement. D'autres part, les deux types de foie peuvent offrir, comme altération cellulaire élémentaire commune, une dégénérescence vitreuse particulière d'origine toxi-infectieuse. On observe encore des états nécrosiques ou des suppurations miliaires. L'appareil biliaire est ordinairement intact.

Plusieurs microbes peuvent intervenir. On trouve plus spécialement le staphylocoque doré, le streptocoque pyogène et le bactérium coli commun.

Les variétés d'infections hépatiques, qui se rapportent à l'histoire des ictères infectieux doivent être distinguées des infections biliaires pro-

prement dites et sont probablement, dans la plupart des cas, d'origine hématique. RICHARDIÈRE.

La splénomégalie primitive, par DEBOVE et BRUHL (*Société médicale des hôp.*, *4 avril* 1892).

Sous ce nom les auteurs ont décrit une hypertrophie de la rate qui ne s'accompagne ni de leucocythémie, ni de tuméfaction ganglionnaire. Le début est rarement insidieux, puis viennent des crises douloureuses; d'autres fois il n'y a qu'un affaiblissement progressif avec anémie ou phénomènes dyspeptiques ; l'examen du ventre permit seul de découvrir l'hypertrophie de la rate.

A la période d'état les deux symptômes capitaux, sont cette hypertrophie et l'anémie. L'examen du sang montre une diminution : 1° dans le nombre des hématies ; 2° dans leur richesse en hémoglobine. Mais il n'y a pas de leucémie. Presque toujours le foie est augmenté de volume. Toujours il y a de la dyspepsie; deux fois il y a eu des hématémèses. Le malade finit par succomber à une cachexie progressive. La maladie dure 18 mois à plusieurs années.

L'examen histologique montre un accroissement de consistance de la rate dû à l'épaississement du tissu conjonctif, avec atrophie des glomé rules de Malpighi et du tissu adénoïde normal de la pulpe.

Le régime lacté et l'arséniate de fer à haute dose ont amené des améliorations notables, mais passagères dans deux des trois observations qu'ils rapportent.

C'est la même affection décrite jadis par Gaucher sous le nom d'épithéliome de la rate, dans sa thèse inaugurale. H. L.

Spontaneous rupture of the spleen, par BOWIE (*The Lancet*, *p*. 660, 17 *septembre* 1892).

Rupture spontanée de la rate survenue chez un soldat vigoureux, de trente ans, au cours d'un accès de fièvre intermittente. La malaria n'était ni très ancienne ni très grave. Aucune des autres maladies qui entraînent, moins rarement que la malaria, la rupture spontanée de la rate, ne pouvait être invoquée. Jamais de dysenterie, de diarrhée ni de syphilis. Mort rapide.

A.-F. PLICQUE.

A case of pancreatitis and hœmorrhage with a few remarks on the clinical aspects of pancreatic inflammation, par DAY (*Boston med. Journal*, 15 *décembre* 1892).

Day a observé un malade de 49 ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac' de vomissements incoercibles sans hématémèse, de constipation opiniâtre avec ictère passager, au sujet duquel on fit le diagnostic de gastro-duodénite et dont il fit l'autopsie en juin 1892. Cœur, poumons, intestins, foie normaux; estomac dilaté. Le pancréas est sclérosé ; le corps et la queue hypertrophiés dans toutes leurs dimensions; il en exsude un liquide brunâtre qui donne à l'organe une coloration chocolat. Sur la surface, on remarque de nombreux foyers de couleur sombre plus ou moins régulièrement arrondis de 5 à 20 millimètres de diamètre. A la coupe, ces foyers sont de forme conique à sommet central, avec coloration, sang altéré. Infiltration hémorragique de tout l'organe, avec thrombose des veines pancréatiques. CART.

Pathogenesis of pancreatic diabetes mellitus, par Vaughan HARLEY (*Brit. med. j., p.* 452, 29 *août* 1892).

L'auteur passe en revue les faits cliniques et expérimentaux connus sur le diabète pancréatique, et arrive aux conclusions suivantes :

Le sucre qui se rencontre dans les urines des malades atteints de diabète pancréatique est probablement dû à l'absence du ferment glycolytique sécrété normalement par le pancréas.

L'amaigrissement et l'affaiblissement musculaire tiennent à la rétention, dans l'organisme, d'une certaine quantité de substances excrémentitielles qui forment des leucomaïnes toxiques.

Ce sont les conclusions déjà formulées par Lépine. H. R.

Du coma diabétique, par ROQUE, DEVIC et HUGOUNENQ (*Revue de médecine, décembre* 1892).

A propos d'un cas de coma diabétique, les auteurs proposent comme pathogénie de cet accident l'explication suivante.

Toutes les fois que le glucose se brûle incomplètement, il y a production dans le sang d'acide oxybutyrique, diacétique, ou de tout autre semblable. Ces acides en s'accumulant, détermineront des accidents toxiques : 1° parce que le sang devient toxique, du fait seul de la diminution de son alcalinité ; 2° parce que ces acides ont par eux-mêmes une action toxique, qui leur est propre et qui peut varier suivant les cas. Le coma diabétique serait donc le résultat d'un acte morbide amenant une combustion incomplète du glucose et l'accumulation dans le sang d'un acide, résidu de cette combustion imparfaite qui diminue l'alcalinité du sang et de ce fait le rend toxique. Comme conclusion pratique, ils recommandent l'administration à haute dose du bicarbonate de soude, surtout par la voie veineuse, malgré l'insuccès obtenu par Lépine. C. GIRAUDEAU.

De l'hémiplégie urémique, par BOINET (*Revue de médecine, décembre* 1892).

Boinet publie l'observation d'un boulanger de 37 ans, qui sans cause appréciable présenta brusquement les signes classiques de la maladie de Bright bientôt suivis d'attaques comateuses urémiques. Au cours des deux premières on constata des convulsions unilatérales à type jacksonnien ; dans la troisième l'hémiplégie fit suite à cette épilepsie partielle, enfin dans les deux dernières crises, la paralysie des membres et de la face se produisit d'emblée sans phénomènes convulsifs antérieurs. Une large saignée fit disparaître les troubles moteurs, mais le malade resta sourd pendant trois semaines du côté antérieurement paralysé. Enfin pendant quinze jours, ce brightique eut une amnésie semblable à celle qui accompagne ou suit l'éclampsie et l'intoxication par l'oxyde de carbone.

A défaut d'autopsie, Boinet pense que l'hémiplégie dans ce cas ne peut guère être expliquée que par ces œdèmes cérébraux subits, fugaces et passagers avec prédominance dans la zone motrice corticale de l'hémisphère gauche. C. GIRAUDEAU.

Néphrite infectieuse à forme typhoïde déterminée par le coli bacille, par FERNET et PAPILLON (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *décembre* 1892).

Une jeune femme de 18 ans, peu après une fausse couche de deux mois et demi, fut prise d'un œdème des jambes, puis de vomissements, avec douleurs lombaires, urines rares ; au bout de huit jours de maladie, elle présentait l'aspect d'une typhique, fièvre vive, insomnie, courbature, céphalalgie, inappétence, etc., et des urines sanguinolentes. L'urine fut recueillie antiseptiquement quelques jours après et on y trouva le coli bacille, comme le montrèrent une série de réactifs et de procédés de culture ; la malade fut soumise au régime lacté, puis aux bains froids à 20 degrés et au naphtol. Bientôt l'hématurie cessa et, trois semaines après son entrée à l'hôpital, elle était guérie et l'urine ne contenait plus que des traces d'albumine.

Fernet n'a pu trouver de lésions vésicales ou urétrales pouvant faire penser à une néphrite ascendante, et croit que l'infection a dû se faire par les voies circulatoires. H. L.

Les crises de vomissement chez les malades atteints de rein mobile, par MATHIEU (*Soc. méd. des hôp.*, 21 *octobre* 1892).

Mathieu rapporte 7 observations, sur 15 cas de rein mobile qu'il a vus depuis deux ans, où le rein mobile s'accompagnait de vomissements survenant par crises, souvent avec douleurs gastralgiques, de façon à donner lieu à de véritables crises gastriques.

Ces vomissements peuvent survenir brusquement, très fréquents, simulant un empoisonnement : le plus souvent ils sont espacés, un à deux chaque jour, puis il s'établit une intolérance gastrique, et chaque ingestion alimentaire est rapidement suivie du rejet des aliments. Le plus souvent, il y a des crises gastralgiques précédant les vomissements, on croirait alors à une crise tabétique. Par la palpation on provoque une douleur au creux épigastrique.

Les vomissements sont le plus souvent alimentaires, un quart d'heure, ou une demi-heure après le repas, quelquefois mélangés avec une quantité considérable de mucus filant, rarement bilieux. Ils viennent en fusée, sans être précédés de nausées. La durée des crises varie de quelques jours à quelques semaines.

Les malades étaient toutes des névropathes, en général maigres, pâles, émotives.

Mathieu préconise le repos dans le décubitus dorsal, l'emploi d'une ceinture abdominale, de calmants gastriques, eau chloroformée, cocaïne, cannabis indica, au début le régime lacté, plus tard, œufs, viandes grillées, purées, œufs. Si les crises se répètent ou s'accompagnent d'accidents graves, il faut recourir à la néphrorraphie. H. L.

Le choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par G. DAREMBERG (1 *vol.*, *Paris*, 1892).

Après avoir étudié les mœurs du microbe du choléra, l'auteur se fonde sur les recherches scientifiques les plus autoriséespour montrer comment le choléra se propage, comment ses germes se conservent dans le sol, se répandent dans l'eau ou dans les poussières de l'air.

Daremberg croit que les irrigations faites avec les eaux d'égouts ren-

fermant des matières de vidanges, conservent dans le sol les microbes du choléra, quand elles ont contenu des selles cholériques et peuvent être la cause du retour d'épidémies.

D'après lui, les quarantaines sont illusoires et doivent être remplacées par des mesures de désinfection très simples et très efficaces. Il expose enfin les précautions individuelles que l'on prendra en temps d'épidémie et qui doivent mettre à l'abri du choléra. A. C.

De l'ictère cholérique, par ODDO (*Gazette hebdom. Paris, novembre* 1892).

La fréquence de l'ictère est variable suivant les épidémies; tantôt, il est rare et très grave, tantôt, il est assez fréquent et généralement bénin. C'est un phénomène relativement tardif survenant au début de la période de réaction ou pendant celle-ci. Ce n'est quelquefois qu'un symptôme léger et fugace, ne durant que vingt-quatre heures, ne colorant même pas toujours les téguments et se terminant par une sorte de diarrhée bilieuse. D'autres fois, c'est le phénomène prédominant de la période de réaction, s'accompagnant d'hémorragies et de symptômes graves pulmonaires, cérébraux, etc.

Il n'est pas aisé de démontrer le lien qui existe entre cet ictère et les lésions hépatiques, celles-ci étant banales dans le choléra. Dans les cas graves, l'ictère semble dû à une angiocholite cholérique résultant de la pénétration tardive du bacille virgule dans les voies biliaires. Cependant les cas légers sembleraient plutôt explicables par une altération passagère de l'épithélium biliaire sous l'influence de l'élimination de la ptomaïne cholérique par le foie. L'ictère fugace serait comparable à l'albuminurie passagère.

Le choléra semble très grave chez les individus antérieurement porteurs d'ictère par rétention. LEFLAIVE.

Die Choleranephritis (La néphrite cholérique), par AUFRECHT (*Central. f. klin. Med.*, *n°* 45, *p.* 953, 1892).

Dans les formes intenses, la néphrite existe dès avant le stade algide. Le maximum des lésions se voit au niveau des papilles, dont les canalicules sont oblitérées par des cylindres. Dans la région corticale, on ne constate guère que de la dilatation résultant de la stase de l'urine qui ne peut s'écouler. Les modifications du sang causées par les pertes d'eau ne peuvent expliquer les lésions rénales. Celles-ci ne sont explicables que par la pénétration dans le sang de substances toxiques qui altèrent les éléments épithéliaux du rein, particulièrement au niveau des papilles. LEFLAIVE.

Le choléra à Necker en 1892, par NANU (*Thèse de Paris*, 1893).

Le service d'isolement de Necker, dirigé par Peter, a reçu, en 1892, 163 cholériques, parmi lesquels 70 graves et 93 moyens ou bénins. Le nombre des décès s'est élevé à 60, soit 36.8 0/0 sur l'ensemble et 81,4 0/0 sur la somme des cas graves.

Si l'on envisage les cas où les selles étaient *séreuses* riziformes, la mortalité a été de 59.09 0/0; au contraire, dans la série des cas où les selles étaient *bilieuses* riziformes, la mortalité n'a pas dépassé 28.57 0/0.

Sur 48 cas où les selles ont été examinées, on a trouvé 28 fois le bacille virgule : 21 fois avec les caractères indiqués par Koch; 7 fois avec cette particularité de liquéfier plus vite la gélatine et de ne pas donner le rouge du choléra. 16 fois le bacille virgule était associé au bacterium coli commune, une fois au bacterium termo. Sur les 28 cas, 11 morts, soit 39.2 0/0.

L. GALLIARD.

I. — Notes on anchylostomiasis, being, for the most part, a résumé of a report on the diseases known in Assam as kala-azar and beriberi, par G. M. GILES (*Indian medical Gazette, juin et juillet* 1892).

II. — Annual sanitary report of the province of Assam for the year 1891, par C. P. COSTELLO.

I. — On sait depuis quelques années que ce que l'on appelait communément kala-azar (fièvre noire) ou béribéri en Assam (province du N.-E. de l'Hindoustan) n'est autre chose que de l'ankylostomiase : Rudduch, de Meesa, a le premier établi que l'anémie des coolies des cultures de thé était due à la présence de ces parasites. Kynsey avait également assimilé le béribéri de Ceylan à l'ankylostomiase. Giles, dans des cas de kala-azar, en Assam, n'a trouvé ni grosse rate, ni température fébrile; l'examen microscopique des selles lui a montré que le kala-azar était produit par l'ankylostome; pour lui cette maladie est la même que le prétendu béribéri.

Pour Giles, le mot béribéri est appliqué à des maladies distinctes dans différentes parties du monde, et cette entité doit être démembrée.

Il y a cinquante ans, Malcomson, à Madras, décrivit sous le nom de béribéri une maladie dont le principal symptôme était la paralysie. Cette maladie est certainement identique à celle décrite par Pekelharing et Winkler dans leur rapport au gouvernement hollandais sur une épidémie qui sévit sur les troupes d'Achin. Les observateurs hollandais établirent qu'ils eurent affaire à une névrite périphérique; ils décrivirent un microorganisme, qu'ils cultivèrent, et qui paraît être la cause de la maladie. La maladie décrite par Malcomson et les deux Hollandais est une affection qui sévit sur les soldats, indigènes et Européens, vivant dans l'encombrement. Évidemment rien n'est plus différent de l'ankylostomiase que la névrite périphérique; mais il peut cependant y avoir confusion, car une maladie endémique à Ceylan, dont on a prouvé récemment la nature ankylostomiasique, a été aussi appelée béribéri.

Le kakké du Japon n'est certainement pas toujours de l'ankylostomiase. (Wallace Taylor, d'Osaha, *London medical Record*, 15 mars 1886.)

Pour Giles, le dochmius parasite n'est jamais vivipare. L'œuf ne peut pas se développer dans l'intestin, où il manque d'oxygène. D'où cette conclusion que l'infection ne se produit pas par l'ingestion d'œufs, mais seulement par l'ingestion d'embryons, amenés à la bouche avec de la terre par des mains sales. On trouve des embryons et des œufs dans les selles.

L'habitat normal des jeunes nématodes est la matière alvine ou le terrain souillé par elle. La pluie les répand sur le sol.

On ne peut faire l'examen microscopique que dans l'eau. Or, bien qu'ils soient extraordinairement tolérants pour toutes sortes d'influences défa-

vorables, aucune ne leur est plus nuisible que l'eau. Leurs mouvements y deviennent lents, ils se recouvrent d'un dépôt de substance granuleuse et meurent lentement. C'est ce que des auteurs ont décrit comme de prétendus encapsulements et calcifications.

Quelques observateurs prétendent que, lorsque les embryons sont entrés dans le canal intestinal, ils s'enkystent dans la sous-muqueuse. Giles n'a jamais vu cet enkystement. Des espèces voisines peuvent s'enkyster, mais pas l'ankylostome de l'homme. Il n'a jamais pu infecter aucun animal avec le dochmius duodenalis, qui est bien spécial à l'homme.

Les symptômes du kala-azar sont l'anémie, avec des conjonctives d'un blanc bleuâtre, la dyspepsie, la diarrhée, souvent du melœna, de l'oppression, finalement des hydropisies des cavités séreuses, des poumons, du tissu cellulaire. Comme traitement, Giles s'est bien trouvé du thymol.

II. — Pour Costello, le kala-azar est de l'ankylostomiase fortement mélangée de paludisme, car il trouva chez des malades de gros foies et surtout de grosses rates. D'autre part, on ne trouve pas d'ankylostomes dans tous les cas désignés sous le nom de kala-azar. Costello cite les opinions de quelques médecins qui diffèrent de celle de Giles. NEIRET.

Paludisme, par LAVERAN (*In*-16, *Paris*, 1892).

Laveran a résumé dans ce petit volume les notions actuellement acquises. Un chapitre très clair est consacré à la description du parasite et aux moyens de le déceler. L'histoire clinique est décrite succinctement, un peu trop succinctement peut-être pour ce qui a trait à la cachexie palustre et aux accès intermittents, ainsi qu'au diagnostic du paludisme. Une bibliographie très étendue termine l'ouvrage.

GEORGES THIBIERGE.

Des arthrites rhumatismales dans l'érysipèle, par RICHARDIÈRE (*Soc. méd. des hôpit.*, 20 *janvier* 1893).

A côté des arthrites survenant au cours de l'érysipèle, dues à l'infection, et se produisant soit à distance, soit au voisinage des plaques d'érysipèle, Richardière décrit des arthropathies bénignes, multiples, mobiles, instables, de courte durée, se manifestant chez des sujets ayant eu déjà des attaques de rhumatisme articulaire, et cédant rapidement à l'action du salicylate de soude. Il y voit des arthrites rhumatismales, survenues par le fait de l'érysipèle qui a réveillé la diathèse.

H. L.

A theory of smallpox (Théorie de la variole), par A. BIRWOOD (*Guy's hosp. R.*, *XLVIII*, *p.* 95, 1892).

L'idée de Birwood est la suivante. Les spores du microcoque variolique se déposent sur la peau et sur les muqueuses, et y prolifèrent localement à la façon des poussières et des spores de la teigne, y développant des pustules et des taches pétéchiales. La variole ne devient une maladie fébrile et générale que par la confluence de ces pullulations lo-

cales. L'œsophage, qui n'est pas exposé à recevoir le courant d'air chargé de spores, est indemne de lésions, tandis que les pustules laryngées et trachéales sont communes.

Les microorganismes adhèrent déjà à la peau pendant la période d'incubation, comme le prouve un fait de Fagge. Un sujet devint varioleux par le fait d'une greffe épidermique empruntée à un individu en puissance d'incubation variolique. H. R.

Troubles de la parole consécutifs à la variole, par COMBEMALE (*Archives de méd., juin* 1892).

Il peut survenir dans la variole des troubles nerveux, pendant et après l'éruption, affectant soit la forme paralytique, soit la forme ataxique.

Ces troubles nerveux peuvent se localiser, sous la forme ataxique, aux organes qui servent à l'articulation et à la prononciation des mots. Sous la forme ataxique, ils se montrent plus rarement en ces points et portent alors aussi bien sur les organes de la parole que sur tous les autres organes. L'ataxie verbale est liée à une altération organique ou fonctionnelle des centres nerveux. La paralysie verbale est due à l'évolution sur place des pustules varioliques, qui y font pénétrer les produits de sécrétion microbienne. RICHARDIERE.

Leucocythémie suraiguë (purpura hemorrhagica), par A.-MICHEL-DANSAC (*La médecine moderne, p.* 645, 20 *octobre* 1892).

Jeune homme de 17 ans, pris subitement, au cours d'une santé excellente, d'épistaxis très abondantes qui se renouvellent pendant trois jours; puis apparition de frissons, d'abattement, de céphalée, de taches purpuriques et de larges ecchymoses sur les membres inférieurs et sur le tronc; douleur précordiale avec arhythmie cardiaque, foie indolent et un peu volumineux, rate notablement hypertrophiée, augmentation du nombre des leucocytes, température dépassant 39°, puis torpeur, coma, mort à la suite de nouvelles épistaxis 9 jours après le début des premières. A l'autopsie, ecchymoses péricardiques et cardiaques, foie et rate volumineux ayant l'aspect classique de la leucocythémie, aucune trace de tuméfaction ganglionnaire dans aucune région, ni de tuméfaction des restes du thymus; à l'examen microscopique, on trouve dans tous les organes des embolies de leucocytes dans les capillaires sanguins avec thromboses leucocytiques autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques capillaires sanguins très dilatés, pas d'endo ni de périartérite, les lymphatiques ont leurs parois presque toujours intactes, distendues par les leucocytes, les éléments nobles des tissus ne sont pas altérés, il n'y a pas de traces de dégénérescence soit des protoplasmas soit des noyaux.

Les cultures des organes donnent à l'état de pureté le bacillus coli, très abondant dans la rate, en petite quantité dans les autres organes et dans le sang; les cultures du sang recueilli pendant la vie étaient restées stériles.

Cette observation semble être le fait le plus rapide d'évolution de la leucocythémie; c'est véritablement une forme suraiguë d'emblée de cette affection. GEORGES THIBIERGE.

Nouveau cas de chorée héréditaire, par LANNOIS et CHAPUIS (*Lyon méd.,* 1er *janvier* 1893).

L'observation publiée par Lannois et Chapuis n'offre rien qui la distingue

des autres rares cas connus de chorée de Huntinghton. Il s'agit d'une femme de 49 ans, toujours bien portante, sans aucune tare (alcoolisme, syphilis). Le début des mouvements remonte à cinq ou six ans; ils sont actuellement intenses. Hypertrophie considérable de la rate; examen du sang : 1 globule blanc pour 100 rouges.

Cette femme a trois enfants, de 21, 23 ans, non encore choréiques. Son père est mort à 60 ans, choréique; sa sœur est morte à 46 ans avec la même infirmité. Une autre sœur et deux frères n'ont rien, mais ils ont moins de 40 ans.

Dans la localité que cette femme habite, il y a une autre famille dont trois membres sont choréiques. Peut-être existe-t-il, bien qu'elle le nie, une filiation familiale éloignée. A. C.

Ueber einen Fall Huntinghton'scher Chorea, par L. GREFFIN (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 1, *p*. 155).

Le sujet de l'observation, un homme de 56 ans, appartenait à une famille dont plusieurs membres avaient été affectés de maladies nerveuses ou mentales. Le malade était atteint de la chorée depuis l'âge de cinq ans. Les secousses avaient débuté par les muscles du cou et des épaules, pour envahir ensuite les bras et finalement les membres inférieurs, les muscles de la face, ceux de la langue, ceux du larynx et ceux du dos. Depuis quelques années le malade présentait des troubles psychiques que l'auteur qualifie de « démence secondaire consécutive à la mélancolie ». Le malade a succombé aux suites d'une inanition lente. Voici les principales lésions révélées par l'examen des centres nerveux :

Voûte cranienne asymétrique, à paroi épaissie. Pachyméningite et leptoméningite. Circonvolutions cérébrales légèrement atrophiées. Artères de la base légèrement athéromateuses. L'examen histologique a fait découvrir de nombreux foyers formés par des éléments cellulaires, et disséminés à travers tout le cerveau dans les espaces périvasculaires. Épaississement des parois des vaisseaux; par places multiplication des noyaux dans la tunique adventice et dans la tunique interne. Les cellules ganglionnaires de l'écorce étaient atrophiées ou complètement anéanties. Les fibres à gaine de myéline présentaient également un commencement de dégénérescence. En beaucoup d'endroits, les amas de cellules avaient fusionné, en constituant des masses informes ou en dessinant des figures arrondies, dentelées, etc.

L'auteur ne pense pas que le processus, au début, ait consisté dans une encéphalite suppurée, comme pourraient le laisser soupçonner les résultats de l'examen histologique. Il croit plutôt que les choses se sont passées de la façon suivante : des cellules conjonctives, dans le cerveau, se sont arrêtées au stade embryonnaire de leur évolution; plus tard elles se sont mis à proliférer. Les foyers issus de ce travail de prolifération ont irrité la substance cérébrale; de là les spasmes choréïques, les troubles mentaux.

En raison de la nature des altérations histologiques constatées chez ce malade, l'auteur est d'avis que dans des cas analogues l'iodure de potassium mérite d'être mis à l'essai. E. RICKLIN.

Des goîtres exophtalmiques secondaires ou symptomatiques, par Gabriel GAUTHIER (*Lyon méd.*, 8 *janvier* 1893).

G. établit, dans ce travail, une distinction nette entre le goître exophtalmique-névrose, véritable maladie de Basedow, et les goîtres exophtal-

miques secondaires, consécutifs à des troubles variés. Les cas de cette seconde classe ne seraient plus des goîtres à proprement parler, il ne s'agirait, en effet, que d'un symptôme commun à diverses maladies.

G. étudie cinq catégories de ces goîtres secondaires :

1° Succédant à des lésions bulbo-protubérantielles. Il cite un cas de goître exophtalmique survenu chez une femme morte de tumeur de la base du crâne ;

2° A des maladies du corps thyroïde. Les phénomènes d'exophtalmie, de palpitations, tachycardie, etc., ne surviennent qu'à l'occasion de lésions survenant dans des goîtres déjà anciens. L'auteur invoque les résultats de la thyroïdectomie contre le goître exophtalmique ;

3° A des lésions des fosses nasales ;

4° A des lésions des organes abdominaux, entéroptose, néphroptose (un cas personnel chez une femme atteinte de rein flottant) ;

5° A des maladies des organes génitaux. A. CARTAZ.

La chlorose, par Ch. LUZET (*In*-16, *Paris*, 1892).

Au point de vue de l'étiologie, l'auteur fait la part des conditions héréditaires et des conditions acquises ; il insiste sur ce fait que les deux ordres de causes doivent s'allier ; mais que les causes occasionnelles sont des plus pressantes et nécessaires au moins dans les cas où l'hérédité n'a pas marqué l'individu de malformations organiques. Notons dans la symptomatologie la part importante donnée à la description de la dyspepsie chlorotique commune, que l'auteur sépare de la chlorose dyspeptique, complication grave, mais heureusement inconstante de cette maladie. L'étude de l'hématologie de la chlorose fait l'objet d'un chapitre à part et comprend des données nouvelles. Au point de vue de la marche, l'auteur montre comment la chlorose grave évolue presque immanquablement vers la dyspepsie, qui survit à la chlorose, s'aggravant peu à peu et laissant aux jeunes femmes un état plus ou moins accentué d'anémie chronique, tandis que les chloroses légères guérissent seules et les chloroses moyennes guérissent souvent, quand elles sont bien traitées. Le chapitre de physiologie pathologique tend à démontrer que la prédisposition chlorotique (hérédité simple ou accompagnée de malformations d'organes) ne crée pas la chlorose à elle seule, mais qu'il faut, en plus, une occasion capable de détruire l'équilibre des échanges dans cet organisme, où l'apport est insuffisant et dont l'état de santé est précaire, surtout au moment de la puberté. Le volume se termine par l'exposé des principes du traitement de la chlorose et des moyens à mettre en œuvre qui nécessitent à la fois la médication de l'anémie et la prévention de la dyspepsie chlorotique, celle-ci devant être faite, s'il est possible, dès l'enfance chez les sujets porteurs de tare familiale. L.

La diphtérie, par H. BOURGES (*In*-16, *Paris*, 1892).

La diphtérie présente, dans son évolution, deux ordres de symptômes, les uns dus au bacille, symptômes localisés au siège initial de l'infection, les autres consécutifs à l'absorption des toxines bactériques et caractérisés par la variété si nombreuse et si grave des accidents de la diphtérie. B.

a cherché à bien mettre en relief la part qui revient à ces deux facteurs, dont la dissociation, difficile à établir nettement en clinique, correspond cependant bien aux notions actuelles.

L'auteur s'est étendu longuement sur le chapitre de bactériologie; on sait la part importante qui lui revient dans l'étude des angines diphtériques et pseudo-diphtériques. Le traitement est suffisamment net, dégagé de toutes les formules de chaque auteur. B. se borne à indiquer les lignes générales, hygiène, prophylaxie, traitement local (badigeonnages de Gaucher, ou le phénol sulforiciné), traitement général, indications particulières. A. CARTAZ.

Ueber Häufigkeit und Bedeutung des Vorkommens... (Fréquence et importance de la présence du mégastoma entericum dans l'intestin de l'homme), par MORITZ et HOELZL (*Münchener med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 831, 1892).

Le mégastome entérique (Grassi) est un infusoire flagellé, qui habite en parasite l'intestin des mammifères, il est piriforme avec l'extrémité postérieure pointue, son extrémité antérieure est émoussée et creusée plus ou moins profondément. Il est muni de longs flagella autour de cette excavation buccale et à sa pointe postérieure. Les auteurs l'ont recherché chez l'homme et l'ont trouvé dans 18 cas. Il existait sur le cadavre 7 fois sur 30, sur ces 7 cas il s'agissait 6 fois de tuberculose. Il paraît fréquent chez l'enfant (vivant) même bien portant. Ils croient que l'infection se fait par la poussière des planchers, dans les classes pauvres où les enfants se roulent souvent sur des parquets malpropres. Quand à savoir s'il est pathogène, c'est une question douteuse, il peut exister normalement chez l'homme, et il est possible qu'on ne le trouve dans les diarrhées que parce qu'il est entraîné par un courant alvin plus rapide que d'ordinaire. Sa fréquence dans l'intestin des souris explique sa présence dans la poussière des appartements. C. LUZET.

Sueurs d'urée, par TALAMON (*La Médecine moderne*, *p.* 170, 22 *février* 1893).

Homme de 49 ans, goutteux, polyurique avec 1 gramme d'albumine par litre d'urine, cœur gras, pas d'œdème, céphalée et dyspnée sans signes stéthoscopiques, disparaissant brusquement en trois jours, puis insomnie, agitation nocturne, nausées et vomissements; le lendemain, secousses cloniques incessantes puis attaque eclamptique avec perte de connaissance se répétant le lendemain; délire suivi de coma, et mort douze jours après le début de la céphalée; dans les derniers jours de la vie, apparition sur la face d'une poussière blanche offrant l'aspect du sel ou du givre, d'abord sur les ailes du nez, le pavillon et le lobule de l'oreille, puis sur toute la face sauf les paupières supérieures; les sourcils et les poils de la barbe en sont comme saupoudrés, sur le visage elle adhère assez fortement; elle présente les réactions chimiques de l'urée. GEORGES THIBIERGE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes, par RICHELOT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 687. — *Discussion, p.* 710-728).

Richelot n'a en vue, dans cet intéressant mémoire, que les grandes névralgies pelviennes, c'est-à-dire les phénomènes douloureux graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué.

Les observations sur lesquelles Richelot appuie ses conclusions peuvent être classées en trois groupes :

1° Laparotomie ; ablation d'un ovaire ou des deux ovaires en apparence sains ou ne présentant que des lésions de peu d'importance. Trois observations, trois guérisons datant de trente mois, de vingt-cinq mois, de vingt mois.

2° Laparotomie. Castration. Reprise des accidents douloureux. Hystérectomie vaginale. Trois observations, trois guérisons datant de cinq mois, onze mois, cinq mois.

3° Hystérectomie vaginale d'emblée. Dix observations. Une mort par collapsus due à l'extrême débilité de la malade qui était, avant l'intervention, dans un état désespéré. Huit guérisons, un résultat nul, les douleurs ayant reparu trois mois après l'intervention. Sur les huit guérisons, cinq sont des exemples de guérison franche constatée au bout de six mois, dix mois, onze mois, cinq ans; une malade guérie de sa névralgie pelvienne est atteinte d'une affection cardiaque grave qui menace son existence ; deux autres, après disparition des douleurs abdominales, se plaignent de points névralgiques dans d'autres régions.

Dans la discussion qui suit cette communication, *Reclus* insiste sur la difficulté de préciser le diagnostic de grande névralgie pelvienne.

Pozzi réserve l'intervention : 1° aux petites lésions bien constatées ; 2° aux dysménorrhées d'origine ovarienne graves et en particulier aux cas de développement incomplet des organes génitaux internes.

Quénu et *Terrier* montrent l'insuffisance des notions que nous possédons sur les lésions histologiques de l'ovaire et même sur sa structure normale.

Reynier pense que, dans bien des cas, les névralgies pelviennes, sans lésions appréciables, s'accompagnent d'un ensemble symptomatique qui montre que c'est dans le système nerveux central qu'il faut chercher la cause de la douleur. Ces troubles nerveux, ou ces maladies nerveuses déterminées, font de ces malades de *fausses ovariennes* ou de *fausses utérines*, au même titre que les faux urinaires de Guyon. Il faut donc, par un diagnostic minutieux, rechercher l'état nerveux spécial auquel se rattachent les douleurs. Cette recherche est d'autant plus importante

que pour toute une classe de malades, les médullaires et les neurasthéniques, les opérations sont dangereuses. Chez les hystériques, on aura d'autant plus de chances de guérir qu'on aidera les résultats de l'opération par une thérapeutique appropriée.

Schwartz rapporte : quatre opérations de laparotomie pour douleurs ovariennes; trois guérisons, un résultat thérapeutique nul; deux faits d'hystérectomie vaginale secondaire après laparotomie et un fait d'hystérectomie d'emblée ; trois guérisons. C. WALTHER.

Observations pouvant servir à l'étude du varicocèle pelvien, par ROUSSAN (*Thèse de Paris,* 1892).

Travail concluant à la fréquence du varicocèle pelvien d'après les constatations faites dans nombre d'autopsies et d'opérations et d'après des probabilités basées sur le développement variqueux des veines du rectum et des membres inférieurs. La maladie peut être primitive ou secondaire.

Au point de vue des lésions histologiques, du côté de l'ovaire, on note : Une première phase, dans laquelle l'ovaire est hypertrophié, œdémateux, pseudo-kystique ; une deuxième phase, qui aboutit à l'atrophie et à la transformation kystique.

Le traitement doit varier suivant la cause de la maladie (congestion utérine, métrites, tumeurs diverses, causes diverses gênant la circulation en retour) ; il sera donc palliatif ou curatif, et comprendra, suivant les cas, les injections chaudes, le massage, l'électricité, le curetage ou la castration, qui est le véritable traitement des accidents sérieux du varicocèle. OZENNE.

Atrophie de l'utérus chez les jeunes femmes, par GOTTSCHALK (*Volkmann's Sammlung klin. Vortraege, n°* 49, 1892).

Monographie sur l'atrophie utérine et ses rapports avec la stérilité, appuyée sur un grand nombre d'observations. Cette atrophie de l'utérus, survenant chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, est souvent le résultat lointain d'une scarlatine, d'un rhumatisme ou d'une fièvre typhoïde. Primitivement ou secondairement, l'ovaire se prend à son tour. L'auteur insiste sur ce que plusieurs de ses malades avaient eu la fièvre typhoïde au moment de leur première menstruation. Il conseille un traitement tonique pendant la convalescence, et pour faire revenir les règles, la santonine et le permanganate de potasse ainsi que les bains chauds.

H. R.

Endométrite d'origine puerpérale ; cathétérisme de la trompe, par BOURSIER (*Arch. clin. Bordeaux, mai* 1892).

Femme de 31 ans, multipare; écoulement utérin jaune verdâtre et abondant depuis plusieurs années. Annexes de l'utérus légèrement douloureuses à la palpation. Introduction intra-utérine de deux crayons de sulfate de cuivre, qui déterminent de vives douleurs et des pertes très épaisses et verdâtres. On pratique de nouveau le cathétérisme, et le cathéter, qui, la première fois, n'avait pénétré qu'à une profondeur de 6 centimètres, s'enfonce à 12 centimètres dans la direction de la trompe gauche, à plusieurs reprises la même

manœuvre est exécutée et chaque fois le cathéter pénétre de 15 centimètres. D'ailleurs on acquiert les preuves de sa pénétration dans la trompe par la perception de son extrémité libre, à travers la paroi abdominale, dans la moitié gauche du ventre à cinq ou six centimètres d'une ligne passant par l'ombilic et par la disparition de leur place ordinaire des annexes gauches mobiles, qui ont été entraînées en haut par la sonde.

A l'occasion de cette observation, Boursier relate les faits connus de cathétérisme de la trompe; il signale les causes d'erreur et les cas dans lesquels on peut la rencontrer; suivant lui, le cathétérisme de la trompe doit être considéré comme un fait exceptionnel. OZENNE.

Procédé opératoire pour guérir les flexions utérines, par THIRIAR (*Ann. de gyn., septembre* 1892).

Le traitement des antéflexions utérines est des moins satisfaisants. L'opération conseillée leur est surtout applicable. Elle consiste, après avoir pratiqué la laparotomie, à enlever sur la courbure de la flexion une perte de substance cunéiforme à base ellipsoïde, comprenant toute l'épaisseur de l'utérus jusqu'à la muqueuse. En suturant les bords de l'avivement, on obtient le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique.

Suit une observation dans laquelle cette opération a été pratiquée avec succès et où le redressement de l'utérus s'est bien maintenu. La dysménorrhée, dont se plaignait auparavant la malade, s'est trouvée guérie.

PORAK.

Paramétrites purulentes dont le pus contenait le proteus vulgaris et un streptocoque ayant perdu sa virulence et sa vitalité, par DOLÉRIS et BOURGES (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., novembre* 1892).

Femme présentant au cours d'un traitement contre la stérilité des plaques de sphacèle sur la lèvre postérieure et à la suite une inflammation suppurée dans le tissu cellulaire para-utérin, faisant saillie du côté de la paroi abdominale, mais s'étendant jusqu'au repli de Douglas. Deux mois plus tard on évacue une cavité contenant beaucoup de pus très fétide. La trompe se trouvait placée dans la paroi de l'abcès. L'examen bactériologique, les cultures et les inoculations à des lapins démontrent que le pus contenait des streptocoques, ayant perdu leur virulence et le proteus vulgaris, qui, cultivé et inoculé, a été retrouvé chez les animaux en expériences. Ce microorganisme se trouve en abondance dans l'intestin et a dû provenir de cette origine.

D'autres expériences ont démontré que le proteus se développe fort bien en présence du streptocoque, dont la multiplication ne se trouve pas non plus gênée. On ne peut donc pas admettre que la mort du streptocoque dans le pus de la malade soit due à la végétation du proteus. On sait d'ailleurs que la vitalité des streptocoques dans le pus de la salpingite est très courte. PORAK.

Remarks on some effects of the intraperitoneal rupture of abdominal cysts, par J. BLAND SUTTON (*Brit. med. j., p.* 1183, 4 *juin* 1892).

Les kystes abdominaux peuvent se rompre soit à la suite d'un traumatisme, soit par le fait d'une torsion, ou au cours d'un accouchement; enfin parfois spontanémant.

Quand le liquide est séreux (kystes parovariques), il est résorbé et la la tuméfaction abdominale disparaît rapidement, mais il peut se reproduire. Lorsque le liquide est épais et gélatineux, les choses sont moins simples; l'épanchement colloïde irrite le péritoine et accroît souvent la distension du ventre qui est douloureux; l'auteur en publie une observation. En pareil cas, l'accumulation de matières colloïdes dans le péritoine se continue sans interruption; il peut alors se produire des végétations papillomateuses sur le péritoine, comme dans le kyste ovarique lui-même.

Des faits analogues se passent pour les kystes hydatiques. Leur rupture est suivie, soit de la disparition du kyste, avec urticaire, soit de l'irritation du péritoine allant quelquefois jusqu'à la suppuration, soit enfin de la pullulation des hydatides qui se répandent dans l'abdomen et y colonisent.

Cette colonisation secondaire se voit également après la rupture des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Toutes ces considérations militent en faveur de l'ablation précoce des kystes ovariques. H. R.

Double ovariotomy during pregnancy, par COTTERELL (*Lancet, p.* 880, 15 *octobre* 1892).

C. a pratiqué une double ovariotomie chez une femme de 37 ans enceinte de quatre mois. Avortement 42 heures après l'opération. Mort trois heures après. Pas de péritonite à l'autopsie.

Huit observations d'opérations analogues que C. a pu rencontrer, ont donné les résultats suivants. Quatre accouchements à terme; deux accouchements à huit mois; évolution ultérieure de la grossesse inconnue dans un cas, mais guérison; avortement 72 heures après l'opération, mais guérison dans le huitième. Pour ce dernier cas seul, la double ovariotomie avait été faite au cinquième mois de la grossesse. Dans tous les autres, elle avait été faite du troisième au quatrième mois. A. F. PLICQUE.

Ueber die Heilung der Osteomalacie... (Du traitement de l'ostéomalacie par la castration), par D. v. VELITS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 2).

Il existe actuellement dans la littérature vingt-cinq cas d'ostéomalacie guéris par la castration. Vingt de ces faits ont été rassemblés par Fehling, qui a neuf observations personnelles; les cinq autres sont dus à Hofmeier, Lihotzky, C. Braun (2) et Thorn. Cinq fois l'opération a été faite chez des femmes multipares.

D. v. Velits rapporte deux nouveaux cas guéris par l'ablation des ovaires.

Dans ces deux observations il s'agit de femmes multipares. Chez l'une, la maladie survint en dehors de la puerpéralité, un an après un quatrième accouchement; chez l'autre, l'ostéomalacie apparut pendant une seconde grossesse. Chez ces deux femmes les lésions osseuses étaient considérables et les déformations très accentuées. Les douleurs disparurent rapidement après l'intervention.

L'auteur a observé en tout huit cas d'ostéomalacie; il a remarqué que les malades étaient originaires de pays où le paludisme, la strume, le crétinisme sont endémiques. Il fait remarquer qu'en Hongrie, il n'y a encore eu jusqu'à présent que quatorze cas de cette affection.

Il termine en exprimant cette opinion qu'en présence d'une femme ostéomalacique enceinte, ce n'est pas à l'opération de Porro qu'on doit recourir, mais bien à l'opération césarienne simple, qu'on fera suivre de l'ablation des ovaires. CH. MAYGRIER.

Die Resultate der operativen Behandlung des Carcinoms und Sarkoms der Gebärmutter (Résultats des opérations pratiquées pour cancer et sarcome de l'utérus), par R. KRUKENBERG (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 1).

Ce travail est basé sur toutes les opérations radicales faites dans des cas de cancer et de sarcome de l'utérus à la Clinique de gynécologie de Berlin depuis octobre 1878 jusqu'à avril 1891. Toutefois, vu les travaux récents publiés sur le même sujet, Krukenberg s'occupe plus spécialement des cas qui se sont présentés dans une période de 5 ans et demi, du 1er octobre 1885 au 30 avril 1891.

Sur 24,887 malades, 924 (3,7 0/0) ont été traitées pour une affection maligne de l'utérus. 292 d'entre elles (31,6 0/0) ont été opérées : 235 ont subi l'extirpation totale par le vagin, 44 l'amputation du col par le vagin, et 13 l'ablation par la voie abdominale.

Les 235 ablations totales ont été pratiquées 197 fois pour des cancers du col, 30 fois pour des cancers du corps, 8 fois pour des sarcomes du corps. Il est à noter, au point de vue de la technique que, dans tous ces cas, la cavité péritonéale a été fermée par une suture continue au catgut. — Sur les 197 femmes opérées pour cancer du col, 25 sont mortes (12,7 0/0) des suites de l'operation, dont 19 d'infection; 69 ont eu une récidive dès la première année; 9 survivaient et étaient bien portantes au bout de 9 ans (17,6 0/0).

Il est intéressant de relever dans quelles proportions la récidive a eu lieu, suivant les diverses formes du cancer. Elle s'est produite : 33,3 fois 0/0 dans le cas de cancer de la muqueuse du col encore peu étendu ; 36,4 0/0 dans le cancroïde du museau de tanche ; 42.4 0/0 dans les petites excroissances en chou-fleur du col ; 58 0/0, quand la muqueuse cervicale était envahie dans une grande étendue ; 60 0/0, quand les parois du col étaient prises ; 62,5 0/0 dans les grosses végétations cancéreuses du col ; 80 0/0 dans le cancer du col avec ulcérations profondes.

L'âge n'a que peu d'influence sur la fréquence de la récidive; cependant les femmes de 45 ans y sont un peu plus sujettes qu'après cét âge. L'accouchement ne peut pas être considéré comme une cause favorisant la récidive.

Relativement à l'amputation vaginale du col, sur 155 femmes opérées depuis octobre 1878, il en est mort 10 après l'opération (6,5 0/0) ; mais il faut noter que des 44 dernières opérées pas une n'a succombé. Le résultat immédiat paraît donc meilleur qu'avec l'extirpation totale. Toutefois, il est impossible de comparer les résultats éloignés des deux méthodes à cause de la différence des cas.

Le résultat final pour les opérées de cancer du col par l'ablation totale par le vagin est 24,2 0/0 de guérison.

D'octobre 1885 à avril 1891, sur 57 femmes atteintes de cancer du corps, 30 ont été opérées par l'hystérectomie vaginale, 6 par la laparotomie. Des 30 premières, 3 sont mortes après l'opération, une a succombé à une affection du cœur, 8 ont eu une récidive dans la première

année; toutes les autres sont encore en bon état. Le pronostic est donc plus favorable que pour le cancer du col.

Dans le même espace de temps, sur 18 femmes atteintes de sarcome du corps de l'utérus, 4 ont subi la laparotomie, 8 ont été opérées radicalement par le vagin. De ces dernières, 2 sont mortes après l'intervention, 4 ont eu une récidive rapide, et 2 seulement sont encore bien portantes après 2 ans 1/2 et 3 ans. Le pronostic du sarcome est donc plus grave que celui du carcinome.

L'auteur arrive à cette conclusion que l'extirpation totale a plutôt pour effet d'abréger que de prolonger la vie des opérées. CH. MAYGRIER.

Des indications de l'hystérectomie vaginale en dehors du cancer de l'utérus, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. Strasbourg*, *avril-août* 1892).

Bœckel a pratiqué 10 fois l'hystérectomie vaginale en dehors du cancer utérin (2 métrites hémorragiques, 1 rétroflexion grave; 4 prolapsus complet, 3 corps fibreux). L'auteur estime que le traitement médical et le curetage sont parfois insuffisants ou inapplicables dans certaines métrites hémorragiques; que, dans quelques circonstances, il faut intervenir vite et sûrement; c'est alors à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours.

Pour la rétroflexion grave et pour le prolapsus complet, l'ablation de l'utérus ne doit être faite qu'en dernière ressource, le raccourcissement des ligaments larges et l'hystéropexie abdominale remédiant souvent avec succès aux accidents de la première. Dans le second cas on n'a de chance de réussir que si l'on joint la colpopérinéorraphie à l'hystérectomie.

Pour les corps fibreux, l'opération est indiquée dans les cas de tumeurs, de moyen volume, à évolution lente, se compliquant ou non d'hémorragie menaçante ou de tumeurs donnant lieu à des accidents graves de compression. OZENNE.

Ueber den Keimgehalt der Milch... (Sur les microbes du lait chez les accouchées en bonne santé), par Al. PALLESKE (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 2).

Palleske a étudié le lait de femmes accouchées et en bonne santé avec toutes les précautions aseptiques, afin de déterminer si le lait sortant de la glande mammaire renferme des microbes.

Sur 22 femmes qu'il a examinées, il a trouvé 10 fois un résultat positif et 12 fois un résultat négatif. Les microorganismes existent donc dans le lait de près de la moitié des femmes en bonne santé. Ce sont des micro-coques appartenant au staphyloccus pyogenes albus. Il n'a pu décider s'ils arrivent dans la glande mammaire par l'intermédiaire du courant sanguin ou s'ils y pénètrent par le mamelon et les conduits galactophores. En tout cas, de nombreux staphylocoques peuvent exister dans le lait de la glande mammaire, sans que celle-ci s'enflamme ou qu'il se produise un trouble quelconque de la santé. ÉD. RETTERER.

Die Ovariotomie in Schwangerschaft (L'ovariotomie pendant la grossesse), par DSIRNE (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 3).

Dsirne a réuni 135 cas d'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse. Les résultats de cette opération sont excellents; la mortalité n'a été que

de 5,9 0/0, et la grossesse n'a été interrompue que 22 fois sur 100. Le pronostic est surtout favorable quand l'intervention a lieu au deuxième, troisième ou quatrième mois.

Voici les conclusions de l'auteur :

La coexistence d'une tumeur ovarique avec la grossesse est toujours grave, et, à part de très rares exceptions, elle soulève la question de l'ablation de la tumeur.

Plus la grossesse est avancée, plus la situation devient sérieuse pour la mère et l'enfant.

La ponction du kyste et la provocation de l'accouchement sont des moyens auxquels on ne doit recourir que s'il y a nécessité absolue.

L'ovariotomie est surtout favorable dans les premiers mois ; si cependant elle n'a pu être pratiquée dès le début, il faut la faire dans les derniers mois, car elle donne encore à cette époque de bons résultats.

CH. MAYGRIER.

Beiträge zur Frage des unteren Uterinsegmentes (Contribution à l'étude du segment inférieur de l'utérus), par de SEIGNEUX (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 3).

D'après les recherches de Seigneux, la limite entre le col et le segment inférieur est nettement marquée par ce fait qu'au segment inférieur, les fibres musculaires sont disposées par couches lamellaires superposées, tandis qu'au col, cette stratification n'existe qu'à la périphérie.

Il a eu l'occasion d'examiner 1° un utérus gravide de 5 mois, chez une femme morte de vomissements incoercibles ; 2° un utérus en travail, à la fin de la période de dilatation, chez une femme morte de diphtérie ; 3° un utérus puerpéral, un jour après l'accouchement, chez une primipare morte d'éclampsie.

Il résume ainsi ses constatations : dans les trois cas, le segment inférieur appartient incontestablement de par sa structure au corps de l'utérus, et non au col, dont il est facile à distinguer.

Dans la première préparation, utérus gravide de 5 mois, le segment inférieur n'est pas encore complètement développé en arrière, et est peu facile à distinguer en avant. La persistance du canal cervical pendant la grossesse est très évidente.

Pendant le travail, comme après l'accouchement, il n'y a aucune démarcation nette entre le segment inférieur et le corps de l'utérus. La minceur seule du premier permet de le distinguer. Dans les deux cas observés par l'auteur, l'anneau de contraction manquait complètement.

Dans l'utérus puerpéral, on constate déjà à l'œil nu une différence dans la disposition de la musculature, entre la partie supérieure et la partie inférieure ; toutefois le groupement même des faisceaux de fibres musculaires est le même.

Dans les trois préparations, l'auteur a constaté la disposition ondulée des faisceaux primitifs, que Hofmeier considère comme un effet de la contraction.

CH. MAYGRIER.

Ueber die Complication der Schwangerschaft... (Des rapports de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches avec les lésions valvulaires du cœur), par W. SCHLAYER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 1).

Le travail du cœur est augmenté pendant la grossesse, ce qui se tra-

duit par une énergie plus grande dans son fonctionnement, mais non par une hypertrophie véritable. Aussitôt après l'accouchement, l'activité du cœur se modifie; elle s'accroît pour Spiegelberg, par suite de la réplétion de la circulation pulmonaire et du cœur droit; elle s'affaiblit pour Fritsch, par suppression de la pression abdominale et stagnation du sang dans les grosses veines splanchniques.

Quoiqu'il en soit, les modifications amenées dans l'action du cœur par la grossesse et l'accouchement sont importantes chez les femmes atteintes de lésions valvulaires. Les cardiaques multipares sont surtout exposées à des accidents graves; la suractivité de leur cœur, déjà hypertrophié, amène rapidement l'insuffisance. C'est particulièrement pendant le travail et après l'accouchement que les troubles apparaissent.

Schlayer rapporte 25 observations prises à la clinique de Berlin, et il en tire les conclusions suivantes :

Chez les cardiaques, le danger d'accoucher prématurément croît avec le nombre des accouchements. — La grossesse complique gravement les lésions valvulaires. — Le pronostic est plus grave quand les lésions sont anciennes que quand elles sont récentes; il est plus sérieux chez les femmes pauvres que chez les riches. De toutes les affections du cœur, le rétrécissement mitral paraît la plus dangereuse. Sur les 25 femmes observées par Schlayer, 2 sont mortes pendant l'accouchement, 10 pendant les suites de couches. Quant aux enfants, 29 0/0 étaient mort-nés, et 46 0/0 seulement naquirent à terme.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur déconseille avant tout le mariage.

Pendant la grossesse, on entourera la femme de soins dès les premiers mois, et on la mettra au repos. Contre l'albuminurie, on prescrira le régime lacté, et contre les troubles cardiaques, les médicaments appropriés.

L'avortement et l'accouchement prématuré provoqués sont dangereux chez les femmes cardiaques, et on ne doit y recourir que dans les circonstances les plus pressantes.

L'accouchement ne devra pas traîner en longueur, et on le terminera aussitôt qu'il y aura lieu par une intervention convenable. — Une légère chloroformisation est indiquée, pour éviter les troubles de l'innervation du cœur. — L'enfant sera extrait lentement, et après sa sortie, un sac de sable sera placé sur le ventre pour parer aux dangers de la décompression abdominale. — Le pouls doit être surveillé avec le plus grand soin. — On n'emploiera l'ergotine que dans les cas urgents, car en faisant contracter les vaisseaux, l'ergot ajoute un obstacle de plus à l'action du cœur.

Pendant les suites de couches, le régime alimentaire sera sévère, et les femmes devront faire un séjour prolongé dans leur lit. CH. MAYGRIER.

La circolazione feto-placentare nel periodo del secondamento, par CAVIGLIA (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, p.* 829, *octobre* 1892).

La cause efficiente du passage du sang du placenta au nouveau-né est la pression exercée sur le placenta par la paroi utérine, grâce à sa rétraction et quelquefois à sa contraction. La pression, constamment positive (10 à 12 millimètres de mercure) dans la veine cave ascendante du fœtus, constitue une résistance au passage du sang du placenta; mais

cette résistance ne suffit pas à empêcher l'afflux du sang, parce qu'elle est inférieure à celle qui agit sur le placenta (51,6 millimètres de mercure). La respiration diminue la pression dans la veine cave, et c'est seulement dans ce sens qu'elle facilite l'afflux du sang chez l'enfant. Dans l'asphyxie avec cyanose, l'afflux du sang se produit, mais est peu considérable en raison de l'augmentation de la pression dans le système veineux du nouveau-né. L'arrêt de la circulation fœto-placentaire ne dépend pas d'une diminution de pression dans le système artériel du fœtus, mais de l'occlusion des capillaires placentaires par suite de la pression utérine; quand le placenta est expulsé prématurément, les battements peuvent continuer presque indéfiniment. Le passage du sang du placenta au nouveau-né continue souvent après que les artères ombilicales ont cessé de battre. Dans les premiers instants qui suivent la naissance, il se produit quelquefois une diminution du poids de l'enfant par suite du relâchement de l'utérus, de sorte que la ligature précoce expose à enlever à l'enfant, non seulement tout le sang de réserve, mais encore une partie de son propre sang. GEORGES THIBIEGE.

Zur pathologisch Anatomie des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren (Anatomie pathologique des vomissements incoercibles de la grossesse, par LINDMANN (*Centralbl. für allg. Path.*, 20 *août* 1892).

Voici les lésions trouvées par l'auteur dans un cas terminé par la mort: névrite parenchymateuse du nerf phrénique, névrite moins marquée au niveau du vague, du médian et du nerf péronier. Dégénérescence graisseuse et tuméfaction trouble des cellules du foie. Les noyaux sont la plupart conservés, pas de cellules nécrosées ou en désintégration; lésions marquées de la rate et surtout des reins.

L'existence de la névrite et de la tuméfaction de la rate s'explique difficilement par l'état d'inanition; l'amaigrissement était fort peu marqué, les reins étaient cependant très atrophiés.

Ces données tendent à faire admettre un processus d'intoxication ou d'infection chronique; l'auteur incline vers la première opinion; à noter que les organes du fœtus participaient au même processus pathologique, et offraient, dans certains organes (reins), des lésions dégénératrices importantes. P. TISSIER.

Ueber Verletzungen der Vagina welche weder durch den Geburtsact..... (Des lésions du vagin non consécutives à l'accouchement), par W. SCHÜLEIN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 2).

.Il n'est pas rare d'observer après un premier rapprochement sexuel des lésions de l'hymen qui déterminent de graves hémorragies et qui nécessitent la suture, la compression, le tamponnement. Schülein rapporte un cas de perforation de l'hymen avec perte abondante chez une femme de 20 ans; il put arrêter l'écoulement sanguin en faisant un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les lésions du vagin consécutives au coït sont plus rares. Elles siègent d'ordinaire sur la paroi postérieure, et reconnaissent pour cause une trop grande brièveté du vagin, son atrophie sénile, la tension exagérée de sa face postérieure par un utérus rétrofléchi.... Le danger

réside surtout dans l'hémorragie et l'infection. Le traitement consiste à désinfecter soigneusement le vagin, à suturer la déchirure et à tamponner. Schülein a réussi ainsi à guérir une déchirure vaginale de 3 centimètres de long chez une jeune fille de 17 ans.

Les voies urinaires sont très rarement atteintes dans les traumatismes de ce genre. Cependant, l'auteur a vu un écoulement d'urine se produire par le vagin, à la suite de rapprochements répétés, chez une femme qui avait été opérée quatre ans auparavant avec succès d'une fistule vésico-vaginale.

Les blessures du vagin consécutives à des traumatismes tels qu'un coup de corne de taureau ou de chèvre ne sont pas très rares, et guérissent ordinairement bien. Des instruments pointus, introduits dans un but d'onanisme, peuvent aussi blesser le vagin. La désinfection et l'hémostase sont la base du traitement de toutes ces lésions. CH. MAYGRIER.

I. — Die Mechanik und Therapie der Uterus-und Scheidengewölberisse (Mécanisme et traitement des déchirures de l'utérus et du vagin), par H. W. FREUND (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 2).

II. — Ueber Uterusruptur, par FEHLING (*Samml. klin. Vortr.*, **n°** 54, **1892**.

I. — Bandl a bien élucidé le mécanisme des ruptures de l'utérus, en montrant qu'elles sont dues à la distension considérable et à l'éclatement du segment inférieur lorsque l'orifice externe du col est emprisonné entre la présentation et les parois du bassin, par exemple dans les bassins rétrécis, dans les présentations de l'épaule, dans l'hydrocéphalie. Mais il a contesté la prédisposition de certains utérus à la rupture, aussi bien que les déchirures du corps ou du fond de l'organe.

Freund ne croit pas que l'explication invoquée par Bandl soit applicable à tous les cas, et se basant sur onze observations personnelles, il distingue trois variétés de ruptures de l'utérus.

La première comprend les déchirures qui se produisent d'après le mécanisme de Bandl : ce sont de beaucoup les plus fréquentes.

La seconde est constituée par les déchirures des culs-de-sac du vagin. Bien que niées par Bandl, ou admises comme très rares par d'autres auteurs, elles s'observent de temps en temps. Elles se produisent dans les cas de dystocie où le col dilaté est remonté au-dessus de la présentation et n'est plus serré entre la partie fœtale et le bassin ; c'est alors le vagin distendu au maximum, et non plus l'utérus, qui se déchire. Dans ces conditions, on peut rencontrer cette lésion dans la présentation de l'épaule, dans l'hydrocéphalie, dans les cas où le fœtus est très volumineux, où il est atteint d'hydropisies ou de tumeurs, dans les présentations de la face et du front, dans les bassins viciés, etc.

La troisième catégorie de ruptures répond aux cas où il y a éclatement de l'utérus avec sténose de l'orifice externe. Elles se distinguent des deux variétés précédentes par ce fait que la rupture a lieu d'une façon inattendue, en plein calme. Le diagnostic en est souvent difficile. Les causes prédisposantes de cette sorte de lésion résident dans un défaut d'extensibilité du segment inférieur et dans une résistance anormale du col, en sorte que la déchirure peut se produire non seulement dès le début du travail, mais même pendant la grossesse, sous l'influence de la

pression intra-utérine. Toutes les altérations de l'utérus ou du vagin, congénitales ou acquises, peuvent déterminer ces ruptures : l'atrophie de l'utérus, ses malformations, ses arrêts de développement, les atrésies du col, sa rigidité, l'étroitesse du vagin, la paramétrite, les cicatrices dues à une inflammation ou à une section césarienne antérieure, la syphilis, les tumeurs, et par-dessus tout le cancer du col et le placenta prævia.

Le pronostic des ruptures de l'utérus est resté tout aussi grave qu'autrefois. Le grand souci du médecin doit être de prévenir cet accident en faisant un diagnostic précoce, en n'employant ni le forceps ni la version lorsque la perforation du crâne et l'embryotomie sont indiquées, en ne recourant à l'opération césarienne qu'en cas d'absolue nécessité.

Quand la rupture existe, le traitement consiste à terminer rapidement l'accouchement par les voies naturelles, quand c'est possible, et à faire le drainage.

En cas d'hémorragie grave, de procidence irréductible de l'intestin par la plaie, il faut faire rapidement la laparotomie et la suture de la déchirure. Ce dernier traitement est contre-indiqué dans les plaies des culs-de-sac vaginaux : on se bornera au lavage et au pansement de la lésion.

II. — Fehling rapporte l'observation d'une femme de 37 ans, secondipare, rachitique, ayant un bassin de 7 centimètres et demi, qui eut une rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. La tête étant fortement fixée au détroit supérieur, il termina l'accouchement par la craniotomie et l'extraction; puis il pratiqua la laparotomie et trouva deux déchirures, l'une antérieure, partant du segment inférieur et remontant sur le corps, l'autre postérieure et verticale. Il fit la suture de ces deux lésions, et, après avoir nettoyé le péritoine, il referma le ventre. La femme était guérie au bout d'un mois.

A propos de ce fait intéressant par la rareté de la double déchirure, l'auteur étudie les causes, la symptomatologie, le traitement des ruptures utérines.

La question du traitement mérite surtout d'être résumée. Quand il y a menace de rupture, il faut calmer l'activité de l'utérus en administrant du chloroforme, ou en injectant de la morphine à haute dose. On terminera l'accouchement sitôt qu'on le pourra, de préférence par la craniotomie ou l'embryotomie, toutes les fois que le fœtus est mort.

La rupture existe :

Si le fœtus est contenu tout entier ou en grande partie dans l'utérus, on ne l'extraira avec le forceps que si cette opération est très facile; sinon on pratiquera la perforation et le broiement du crâne.

Quant à la version, c'est une très mauvaise opération, parce qu'en la pratiquant, on s'expose à agrandir la lésion. Dans les présentations de l'épaule, on fera donc la décollation. Mais c'est surtout dans les présentations du sommet qu'il faut se garder de la version; dans tous les cas publiés où l'on y a eu recours, les femmes sont mortes.

Quand le fœtus est en partie dans l'utérus, en partie dans l'abdomen, faut-il suivre le conseil donné par les auteurs de l'extraire par les voies naturelles? Fehling ne le pense pas, et préfère la laparotomie. Celle-ci

s'impose absolument quand le corps entier de l'enfant est passé de l'utérus dans le péritoine.

Après la laparotomie, il faut suturer la déchirure. Fehling repousse l'opinion de Berry Hart qui s'abstient de la suture et fait simplement le drainage.

Si les lésions sont très étendues, si l'utérus est presque complètement détaché du col, il est indiqué de recourir à l'opération de Porro.

Une question qui divise encore aujourd'hui les accoucheurs est celle de savoir si, lorsque l'enfant a été extrait par les voies naturelles, il faut faire tout de même la laparotomie et la suture. Fehling se prononce en faveur de cette dernière pratique. Il donne à l'appui les chiffres suivants. Il a rassemblé 23 cas récents de rupture spontanée de l'utérus dans lesquels on a fait la laparotomie; 13 femmes ont guéri (dont 3 opérations de Porro), 10 sont mortes (dont une opération de Porro).

Ces chiffres parlent suffisamment en faveur de l'intervention.

CH. MAYGRIER.

Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburtsperiode (De la méthode d'expectation dans la délivrance), par BEAUCAMP (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 1).

Beaucamp a appliqué à 500 accouchements la méthode d'expectation d'Ahlfeld pour la délivrance. Elle consiste dans l'attente, pendant deux heures au plus, de la sortie spontanée du placenta; on ne doit se livrer à aucune manœuvre, et se borner à surveiller le retrait de l'utérus, tout en se tenant prêt à intervenir si quelque accident survenait.

Il a remarqué qu'il se faisait une perte moyenne de 300 grammes de sang pendant cette période. La délivrance eut lieu spontanément et sans accidents 55 fois sur 100. Il y eut hémorragie 32,6 fois sur 100 et rétention des membranes dans 20 0/0 des cas.

En ce qui concerne l'hémorragie, sur 163 cas où on l'observa, la délivrance dut être pratiquée artificiellement dans 67 cas.

Quant à la rétention des membranes, qui eut lieu 102 fois sur 500, elle donna lieu, dans 22 cas, à des hémorragies variant de 500 grammes à 1,200 grammes de sang.

Les suites de couches furent apyrétiques chez 227 femmes, fébriles chez 273.

L'auteur conclut qu'on ne peut recommander aux sages-femmes une méthode de délivrance qui exige la délivrance artificielle 13,4 fois sur 100, qui amène une hémorragie supérieure à 300 grammes dans 28,6 0/0 des cas, et s'accompagne de rétention des membranes 18,6 fois sur 100.

CH. MAYGRIER.

Asa fœtida gegen habituellen Abortus (L'asa fœtida contre l'avortement habituel), par G. TURRAZZA (*Centr. für Gyn.*, *n°* 9, 5 *mars* 1892).

Laferta de Malte a préconisé l'asa fœtida dans l'avortement habituel, lorsque la cause en reste inconnue. Giordano et Cazzani ont employé ce médicament et en ont obtenu de bons résultats.

Laferta l'a prescrit 29 fois et a eu 26 succès; Giordano 4 fois avec 3 succès; Cazzani 4 fois avec 4 succès.

Negri se sert de la formule suivante :

Gomme résine d'asa fœtida : 6 grammes. Pour 60 pilules.

Il donne, aussitôt qu'une nouvelle grossesse est probable, deux de ces pilules par jour, et en augmente progressivement la dose jusqu'à dix; il diminue ensuite graduellement jusqu'au moment de l'accouchement.

Turazza a expérimenté ce traitement sur quatre femmes enceintes ayant eu antérieurement de trois à cinq avortements. Dans les quatre cas, la grossesse a évolué sans interruption jusqu'à terme. CH. MAYGRIER.

I. — Abortion, septicemia... (Avortement, hémorragie menaçante, septicémie; injection hypodermique de sang défibriné, guérison), par P. F. HARRY (*New York med. journ.*, 30 *juillet* 1892).

II. — Collapse after ovariotomy, transfusion, recovery, par REMFRY (*Lancet*, 26 *novembre* 1892).

I. — Une jeune femme a eu des métrorragies pendant 3 mois et, depuis 10 jours, elle offre des symptômes d'infection purulente. L'auteur découvre un fragment placentaire qui semble provenir d'une grossesse de 5 ou 6 mois et en pratique l'extraction. Malgré les toniques, la malade est en état de collapsus; le cœur bat à peine. A minuit, le 24 août 1891, on décide de faire une transfusion sous-cutanée.

On saigne un homme robuste et l'on injecte deux onces de sang défibriné dans les régions sous claviculaires. Immédiatement le pouls radial se met à battre, l'impulsion cardiaque se renforce. On fait des injections intra-utérines de sublimé.

Le 31 août, à 10 heures du soir, violent frisson ascension de la température à 106°5 F. dans l'aisselle. Doses de phénacétine et de quinine, alcool, etc. Pendant une semaine, les symptômes de septicémie persistent, puis la malade entre en convalescence. Elle n'est guérie que 3 mois plus tard; grave phlegmatia alba dolens. L. GALLIARD.

II. — Le soir d'une ovariotomie très simple collapsus subit. Aspect moribond, main froide, pouls incomptable et perceptible seulement à droite, température tombée à 36°, trente respirations par minute. Le cul-de-sac de Douglas était libre. L'état était si grave qu'on ne pouvait songer à rouvrir le ventre. La transfusion fut faite avec de l'eau salée simple. On en injecta dans la basilique un litre et demi environ à 43°, renfermant douze grammes de sel par litre. Le pouls redevient aussitôt perceptible et comptable; guérison. S'agissait-il d'une hémorragie interne ou d'un simple trouble sympathique? La première hypothèse est plus vraisemblable. A. F. PLICQUE.

I. — Uber Eklampsie, par R. OLSHAUSEN (*Samml. klin. Vortr.*, 39, 1892).

II. — Beitrag zur Eklampsie..., par GOLDBERG (*Arch. für Gyn.*, *XLI*, 3 *et XLII*, 1).

III. — Zur Theorie der Eklampsie, par Otto v. HERFF (*Centr. für Gyn.*, n° 12, 26 *mars* 1892).

IV. — Zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie, par R. KALTENBACH (*Ibidem*, n° 20, 21 *mai* 1892).

V. — Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie und über den Eklampsiebacillus, par GERDES (*Ibidem*, n° 20, *et Deutsche med. Wochenschrift*, n° 26, 1892).

VI. — Zur Frage « Eklampsiebacillus » Gerdes, par K. S. HÆGLER (*Ibidem*, n° 51, 24 *décembre* 1892).

VII. — Ueber Eklampsie, par DÜHRSSEN (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 3 *et XLIII*, 1).

I. — Cette étude est fondée sur l'examen de 200 cas d'éclampsie observés à la clinique de gynécologie de Berlin de 1886 à 1891.

Olshausen a remarqué que cette affection était plus fréquente à certaines époques de l'année, d'octobre à février, fait déjà relevé par Delore.

Sur ces 200 femmes, 145 étaient primipares, 51 multipares. Il y eut 16 accouchements gémellaires, proportion au-dessus de la normale.

L'éclampsie apparut le plus souvent pendant la grossesse et le travail, 28 fois seulement après l'accouchement. Dans 5 cas elle eut lieu pendant la grossesse sans provoquer le travail; les cinq enfants moururent et furent expulsés plus tard macérés.

L'auteur signale, au point de vue symptomatologique, les particularités suivantes : Il a vu dans deux cas les accès cesser pendant un ou plusieurs jours, pour réapparaître ensuite. Chez deux femmes, l'éclampsie se montra à deux grossesses succcessives.

L'albumine a été rencontrée presque toujours en grande abondance dans l'urine. Quatre fois seulement, il y en avait très peu, et dans trois de ces cas, l'éclampsie fut légère.

L'ictère a été noté deux fois, dont une avec mort.

Comme lésions anatomo-pathologiques, l'auteur signale surtout celles des reins qui n'ont manqué que rarement. L'altération de ces organes est due le plus souvent à de la néphrite parenchymateuse, parfois à de la néphrite interstitielle, exceptionnellement à de l'hyperémie simple. Dans un cas, les reins étaient kystiques avec dilatation des uretères. Cinq fois on observa la dilatation de l'uretère droit, avec ou sans hydronéphrose.

Les lésions du cerveau ont été recherchées dans 30 cas; 16 fois il y avait de l'œdème cérébral, 5 fois des foyers d'apoplexie, et 5 fois de la congestion pure et simple.

Les altérations hépatiques sont fréquentes et peuvent donner lieu à l'ictère et peut-être à des embolies graisseuses pulmonaires.

La mortalité a été de 50 sur 200. Toutefois, si on élimine 10 cas où la mort fut causée par d'autres affections que l'éclampsie, telles qu'endocardite, granulie, pleurésie, septicémie, etc., la mortalité réelle par l'éclampsie n'est que de 20 0/0, chiffre inférieur à ceux des autres statistiques.

Le pronostic est très difficile à établir, les opinions des auteurs étant très variables à cet égard. Cependant, on peut citer comme des circonstances particulièrement défavorables le grand nombre des accès, leur grande intensité et leur succession rapide, l'élévation considérable de la température, la petitesse et la fréquence du pouls.

Pour les enfants, le pronostic est encore plus grave que pour la mère. Sur 153, 43 vinrent mort-nés.

Comme traitement, Olshausen préconise, avec Veit, la morphine à haute dose; il l'administre en injection sous-cutanée de 3 centigrammes, et renouvelle cette dose s'il y a lieu; dans un cas, il est allé jusqu'à 27 centigrammes; la femme a guéri. Quand des signes d'intolérance surviennent, il a recours au chloral en lavements de 2 à 3 grammes. Il

n'emploie que rarement le chloroforme, et non pas d'une façon continue, mais seulement au début d'un accès pour le faire avorter.

Le traitement obstétrical consiste à n'intervenir que pendant le travail; rompre la poche des eaux chez les multipares pour accélérer l'accouchement; le terminer aussitôt que la dilatation est complète, plutôt avec le forceps que par la version.

Pour expliquer la nature de l'éclampsie, Olshausen invoque une intoxicatiou consécutive à des troubles fonctionnels des reins; ces troubles reconnaissent habituellement pour cause des altérations aiguës ou subaiguës du parenchyme rénal.

Dans certains cas, la compression des uretères, une intoxication par le sublimé ou l'acide phénique peuvent exercer une influence pathogénique sur la production des lésions rénales.

II. — Mémoire basé sur 81 cas observés à la clinique de Dresde.

La fréquence de l'éclampsie fut de 1 sur 133 accouchements. Les 7/8 des femmes étaient primipares.

Sur 81 cas, il y eut 79 présentations du sommet. L'accouchement fut gémellaire dans la proportion élevée de 4,95 0/0.

Goldberg n'admet pas, au point de vue étiologique, la théorie d'Halbertsma; les uretères peuvent bien être comprimés dans le cas où la tête est profondément engagée; mais d'autres causes entrent en jeu.

Il y eut de l'albuminurie dans 90,79 0/0 des cas; et de l'œdème seulement chez la moitié des malades.

La présence de l'albumine dans l'urine n'a jamais manqué dans les cas mortels, et elle était alors très abondante.

La mortalité des mères a été de 24,7 0/0, celle des enfants de 47 0/0. L'autopsie a présenté les lésions habituelles signalées par tous les auteurs.

Le pronostic s'est montré plus grave chez les multipares et aussi chez les femmes atteintes pendant la grossesse. Contrairement à l'assertion de la plupart des auteurs, la mort du fœtus n'a modifié en rien la gravité de l'état de la mère. Le pronostic a été beaucoup plus favorable dans l'éclampsie post partum. La terminaison de l'accouchement, le plus souvent à l'aide du forceps, a eu, en général, une heureuse influence sur la maladie.

Bien que, dans les cas graves, la provocation artificielle des contractions et la dilatation sanglante du col n'aient pu empêcher la mort, l'auteur estime cependant qu'il est très rationnel de vider l'utérus par l'accouchement forcé.

De bons résultats ont été obtenus avec le chloroforme, les injections de morphine, les bains chauds de 20 à 30 minutes, et par l'isolement des malades dans une chambre obscure.

III. — Il existe une grande ressemblance entre les convulsions de l'épilepsie, de l'urémie et de l'éclampsie. Il faut rechercher le point de départ de ces affections dans les centres psycho-moteurs, qui, sous l'influence de causes diverses, peuvent devenir le siège d'une excitabilité spéciale.

Cette excitabilité est mise en jeu par les intoxications, surtout uratique, les infections, et plus rarement par les maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux.

Dans certains cas d'éclampsie, les lésions rénales sont très minimes. Il faut donc admettre qu'il existe une prédisposition particulière à l'éclampsie, qu'elle soit congénitale, par le fait d'une tare névropathique héréditaire, ou acquise (intoxication, infection, etc.). Cette prédisposition s'observe surtout chez les primipares, chez les femmes mal nourries, dans les cas de grossesse gémellaire, d'hydramnios, parce que dans toutes ces conditions, il se produit des irritations exagérées qui, par voie réflexe, agissent sur les centres nerveux et peuvent déterminer des convulsions.

IV. — S'agit-il dans l'éclampsie d'un empoisonnement par les produits de l'urine ou d'une infection ? Cette dernière hypothèse paraît la plus vraie, appuyée qu'elle est par des preuves assez nombreuses. Stumpf a découvert de l'acétone dans les urines. Favre a admis l'existence d'une ptomaïne provenant des infarctus blancs du placenta. Doléris, Blanc et d'autres ont trouvé des microbes dans l'urine et le sang des éclamptiques. Prutz a vu dans les capillaires du foie des bacilles gros et courts.

Kaltenbach attire particulièrement l'attention sur des recherches bactériologiques qui ont été faites dans son service par Gerdes. Elles ont porté sur les reins, le sang, le foie d'une primipare morte d'éclampsie. Les résultats obtenus par Gerdes sont exposés plus loin. Ils sont du plus haut intérêt, car ils semblent démontrer que l'origine de l'infection provient du placenta.

L'auteur se borne à insister sur les déductions cliniques suivantes :

Les accès correspondent aux phases pendant lesquelles les contractions utérines chassent dans la circulation les produits nuisibles venus du placenta. Quelques accès débutent par une contraction douloureuse. L'éclampsie est fréquente dans les grossesses multiples et l'hydramnios. Elle a des relations intimes avec la néphrite gravidique, et les obstacles à l'excrétion urinaire constituent un grand danger. L'éclampsie récidive rarement. L'évacuation de l'utérus exerce sur la maladie une influence favorable.

V. — Gerdes expose les résultats de l'examen bactériologique auquel Kaltenbach vient de faire allusion. Il a trouvé dans le foie et les reins d'une éclamptique morte après 19 attaques, un bacille très court et assez épais qu'il a pu cultiver, et qu'il considère comme pathogène.

Ce bacille a été inoculé à des souris et des rats et a déterminé chez ces animaux des convulsions qui ont pu être calmées par une forte dose d'opium.

Depuis cette découverte, Gerdes a eu occasion de faire l'autopsie d'une seconde femme morte d'éclampsie grave. Il a retrouvé le même bacille dans le foie, le cœur, les reins, le sang. Il l'a rencontré également dans des coupes faites au niveau du placenta.

Dans ce dernier organe, il a constaté l'existence d'une quantité colossale de bacilles dont la masse envoyait des prolongements jusque dans la musculeuse utérine.

Il conclut de ce fait que c'est dans la caduque qu'il faut chercher le point de départ de l'infection ; il s'agirait d'une endométrite primitive dont les produits septiques passeraient dans les sinus sous l'action des contractions utérines, et se répandraient de là dans les poumons et les autres organes,

VI. — Les assertions de Gerdes sur l'existence d'un bacille éclamptique sont contestées par Hægler.

Déjà Hofmeister les a révoquées en doute et a déclaré que le bacille de Gerdes n'était autre que le *proteus vulgaris* et que cet auteur avait eu le tort de faire ses recherches de 14 à 23 heures après la mort.

Hægler a examiné le sang et les urines de trois femmes éclamptiques. Dans les trois cas, l'examen du sang est resté négatif.

Deux de ces femmes ont guéri ; dans l'urine de l'une d'elles seulement, il a pu isoler un coccus qui présentait tous les caractères du staphylococcus pyogenes albus. La troisième femme a succombé ; pendant sa vie, l'auteur a trouvé dans l'urine un diplocoque analogue à celui de la pneumonie.

Il a examiné les organes de cette malade 4 heures après la mort. Il a rencontré le même diplocoque dans la sérosité du péritoine, dans les reins et dans les valvules du cœur. Quant au placenta, il y a constaté, par des cultures, l'existence du *proteus vulgaris*, ainsi qu'Hofmeister.

Hægler n'a donc pas retrouvé le bacille de Gerdes ; mais il se demande si le diplocoque dont il a établi la présence dans l'urine et dans divers organes ne serait pas l'agent provocateur de l'éclampsie et il se propose de faire de nouvelles recherches à ce sujet.

VII. — La cause de l'éclampsie réside, dans la majorité des cas, dans une intoxication du sang (éclampsie hématogène), consécutive à la rétention de la créatine et de la créatinine dans les reins de la femme enceinte ; rarement elle est due à une néphrite vraie, ou à la compression des uretères avec hydronéphrose.

La créatine et la créatinine se déposent dans l'écorce cérébrale et y produisent une excitation qui provoque les convulsions et le coma.

Il est possible que l'éclampsie soit aussi due à la présence d'un bacille ou de ses produits, surtout quand le rein est malade.

Dans les cas graves, il y a destruction des globules rouges, dégénérescence graisseuse des reins, du cœur et de la muqueuse de l'estomac; ces lésions s'aggravent sous l'influence d'une narcose prolongée.

L'éclampsie est rarement réflexe ; elle succède alors à une excitation exagérée partie de la sphère génitale, comme la distension extrême de l'utérus.

Le pronostic s'aggrave avec le nombre des accès : cependant la mort peut survenir après un petit nombre d'attaques.

L'éclampsie cesse dans 93,75 0/0 des cas où l'on évacue l'utérus. La mortalité est moins considérable quand on intervient que lorsqu'on laisse l'accouchement se faire spontanément.

L'évacuation de l'utérus est indiquée à tous les stades de la grossesse, puisque l'éclampsie peut avoir lieu dans les 7 premiers mois, et aussi parce que la maladie elle-même provoque le travail, et parce qu'elle amène la mort de l'enfant.

La terminaison rapide de l'accouchement par la méthode des incisions profondes du col et du périnée a permis à Dührssen d'extraire 80 enfants vivants sur 100.

Quant à la mère, sa vie n'est pas plus mise en danger par l'accouchement forcé que par l'accouchement spontané.

La narcose profonde et continue est absolument contre-indiquée dans

l'éclampsie. Elle favorise la production de broncho-pneumonies, et elle s'ajoute à l'intoxication du sang déjà existante pour détruire les hématies et amener la dégénérescence graisseuse des organes essentiels à la vie.

Lorsque l'utérus est fortement distendu, le chloroforme administré à une éclamptique peut amener la mort après quelques inhalations ; dans ces cas, il faudrait au moins, avant l'anesthésie, diminuer la tension utérine en rompant les membranes. Le chloral, qui se transforme en chloroforme dans l'économie, a les mêmes inconvénients que lui.

L'éclampsie s'accompagnant d'intoxication du sang et de dégénérescence graisseuse du cœur, les hautes doses de morphine doivent être considérées comme dangereuses.

C'est parce que les accoucheurs continuent à employer la méthode de traitement usuelle, c'est-à-dire à attendre le début du travail et à recourir à la narcose, que l'éclampsie détermine encore la mort de la mère 25 fois sur 100, et celle de l'enfant 50 fois sur 100. CH. MAYGRIER.

Toxicité du sérum sanguin chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale, par TARNIER et CHAMBRELENT (*Ann. de gyn., novembre* 1892).

Ces expériences confirment les opinions de Rumnio, sur la toxicité de sérum sanguin chez les éclamptiques. Des expériences de Bouchard, qui avaient déjà démontré que la toxicité urinaire diminuait chez les éclamptiques, permettaient de conclure que les poisons organiques qui ne s'éliminaient plus par les urines devaient s'accumuler dans le sang.

Les auteurs ont, en effet, démontré que la diminution de la toxicité urinaire correspondait à une augmentation de la toxicité du sang chez les éclamptiques.

Si on admet que le sérum sanguin d'une personne en bonne santé est toxique à la dose de 10 centigr. par kilogr. de lapin, on trouve que dans six cas d'éclampsie légère, puisque la mort n'en a jamais été la conséquence, il suffit de 3 ou 4 centimètres cubes par kilogr. de lapin, pour amener la mort de l'animal. PORAK.

Etude bactériologique dans la fièvre puerpérale, par LABADIE-LAGRAVE et BASSET (*Cong. gynéc. Bruxelles, et Bulletin méd.*, 28 *septembre* 1892).

Dans les cas de septicémie puerpérale atténuée que l'on observe le plus souvent maintenant, l'examen bactériologique dénote, au début, des streptocoques en longue chaînette dans le sang et dans les lochies. Au déclin de l'état aigu, on ne trouve plus que des microcoques, qui disparaissent dans les septicémies rapides, mais persistent dans les formes prolongées.

Si une localisation survient ou si une nouvelle poussée septicémique pure apparaît, le streptocoque en longues chaînettes est de nouveau constaté dans le sang. C'est donc ce micro-organisme qui caractérise la forme la plus virulente de l'affection. OZENNE.

Diagnostic rétrospectif du placenta prœvia, par BUDIN (*Ann. du Cong. obst. de France*, 22 *avril* 1892).

Pour apprécier le degré de l'insertion vicieuse de placenta en étudiant les rapports de la déchirure des membranes avec le bord du placenta,

il faut tenir compte du sens de cette déchirure. Elle peut être perpendiculaire, oblique ou parallèle au bord du placenta. Dans ce dernier cas seulement, on se trouve dans des conditions favorables pour estimer la distance du bord du placenta de l'orifice interne du col. PORAK.

Beiträge zur Kaiserschnittsfrage (Contribution à la question de l'opération césarienne), par D. v. VELITS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIV*, 2).

Velits se rallie à l'opinion des auteurs qui veulent que l'opération césarienne ne doit être entreprise pour indication relative que dans un établissement bien aménagé.

Il donne la description de deux opérations conservatrices qu'il a pratiquées pour indication relative, avec succès pour la mère et l'enfant.

Il insiste sur certains détails opératoires. Il fait comprimer le col avec la main pendant la suture. Il place deux rangées de sutures à la soie : les premières, uniquement musculaires, doivent éviter le péritoine et la muqueuse et embrasser la plus grande épaisseur de la musculeuse ; les secondes, superficielles, réunissent le péritoine suivant la méthode de Lembert.

L'auteur s'élève contre la compression exercée sur le col à l'aide d'un lien élastique.

S'il survient de l'atonie utérine et une hémorragie, il fait le tamponnement de l'utérus avant de recourir à l'opération de Porro.

Bien que le résultat d'une seconde opération césarienne chez la même femme soit habituellement heureux, il faut compter avec des adhérences de l'utérus aux intestins qui peuvent créer des difficultés.

Velits estime que c'est un devoir d'humanité de stériliser les femmes auxquelles on fait une opération césarienne pour indication absolue, en leur liant les trompes.

Contre l'ostéomalacie il ne fait pas le Porro, mais l'opération conservatrice, et enlève ensuite les ovaires. CH. MAYGRIER.

Symphyseotomy, par HARRIS, Barton Cooke HIRST, FULLERTON, etc. (*Americ. Gynecological Soc., septembre* 1892, *et Philadelphia County medical Soc., et Med. News*, 8 *et* 15 *octobre et* 5 *novembre* 1892).

A la Société américaine de gynécologie, Harris lit une monographie sur l'opération de la symphyséotomie, dont il se déclare partisan. (Pas d'observation personnelle.)

A la Philadelphia County med. Soc., *B.-C. Hirst*, lit l'observation suivante :

Une femme de 19 ans, primipare, présentait un bassin rétréci, dont le diamètre oblique était de 9 centimètres et demi. Le travail était commencé et la tête ne pouvait s'engager. L'opération de la symphyséotomie fut pratiquée, et l'enfant extrait à l'aide du forceps, une heure après le début de l'opération ; l'orifice du col était rigide et à peine dilaté, aussi une extraction plus rapide eût elle été dangereuse. Pas d'accidents.

L'enfant a vécu et la mère s'est rétablie rapidement.

Hirst donne communication d'un fait inédit de Jewett (de Brooklyn), qui a pratiqué la symphyséotomie, le 30 septembre 1892, sur une primipare qui présentait un rétrécissement du diamètre bi-ischiatique (de 3 pouces seulement). La tête paraissait à la vulve et on avait déjà appliqué en vain le forceps. Après la symphyséotomie, la délivrance fut faite par pression abdo-

minale et à l'aide des doigts introduits dans le rectum. La mère a guéri, mais l'enfant a succombé 24 heures après sa naissance, par suite de la compression à laquelle son crâne avait été soumis durant son séjour dans le bassin.

Fullerton rapporte une opération semblable de *Broomall :*

Une femme haute de 4 pieds 8 pouces, rachitique, avec un bassin rétréci. Sur six enfants, cette femme en avait perdu deux par suite des difficultés de l'accouchement ; lors du dernier accouchement, l'enfant qui se présentait par le siège, mourut durant le travail.

Dans le cas présent la grossesse était presque à terme, et les membranes avaient été rompues prématurément, la dilatation était presque nulle. Au bout de 24 heures, la tête n'était pas encore fixée, et son volume paraissait en disproportion du diamètre supérieur ; la mère paraissait épuisée. La symphyséotomie pratiquée, l'enfant fut extrait facilement à l'aide du forceps, et vécut sans accidents. La mère guérit rapidement.

Au moment de l'extraction, on nota entre les pubis un écartement de 3 à 4 pouces.

Harris a réuni 52 opérations pratiquées de janvier 1886 à octobre 1892. D'après cette statistique, sept enfants sont morts : un est venu mort-né, trois étaient dans un état d'asphyxie marqué, et les autres sont morts durant les trois jours qui ont suivi l'accouchement.

Hirst, répondant à une question de Forest-Villard, dit qu'il n'y a aucun avantage à faire une opération sous-cutanée, et que dans tous les cas récents, la réunion primitive de la symphyse et de la plaie a été obtenue. Du reste, le danger de blesser l'urètre ou des vaisseaux qu'on ne pourrait oblitérer doit faire abandonner la méthode sous-cutanée.

MAUBRAC.

I. — De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie, par FARABEUF (*Ann. de gyn., décembre* 1892).

II. — De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque, par PINARD (*Ann. de gyn., décembre* 1892).

III. — De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf, par PINARD (*Bull. acad. de médecine*, 10 *janvier* 1892).

IV. — Expériences sur la symphyséotomie, par PORAK et BERNHEIM (*Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris, novembre et décembre* 1892).

V. — Rachitisme. Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto sous-pubien, 95 millimètres. — 1re grossesse : enfant mort et macéré. — 2e grossesse : accouchement prématuré artificiel ; extraction par le siège d'un enfant vivant du poids de 2350 grammes. — 3e grossesse : accouchement prématuré artificiel et symphyséotomie, par P. BUDIN (*Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris, février* 1893).

VI. — Symphyséotomie et embryotomie dans le cas où l'enfant est mort, par QUEIREL (*Ann. de gyn. février* 1893).

VII. — Historique de la pelvitomie, par VARNIER (*Ann. de gyn., février* 1893).

VIII. — De l'ischio-pubiotomie, par PINARD, CHARPENTIER, FARABEUF (*Bull. acad. de méd.*, 17 *et* 31 *janvier* 1893, *et Ann. de gyn., février* 1893).

I. — Farabeuf pense que dans les bassins rétrécis au détroit supé-

rieur, l'accroissement du diamètre antéro-supérieur se fait dans les proportions suivantes :

			Ecart du pubis pour un écartement de 5 c.	de 6 c.	de 7 c.
Rétréciss. du conjug. interne mesurant	5 c.	le diam. conjug. mesurera	7.3	7.9	8.5
	6	—	8.1	8.6	9.1
	7	—	8.9	9.3	9.8
	8	—	9.7	10.1	10.5
	9	—	10.6	10.9	11.3
	10	—	11.4	11.8	12.1

L'augmentation du diamètre conjugué est d'autant plus grande que l'écart des pubis est plus marqué, de telle sorte que pour un écart de 3 centimètres on obtiendrait une augmentation de 8 millimètres, et pour un écart de 6 centimètres, de 8 millimètres à 12 et 20.

Mais dans le bassin oblique ovalaire par synostose sacro-iliaque, l'écart est moitié moindre et par conséquent l'augmentation du diamètre conjugué tellement faible, qu'on n'a que peu d'intérêt de pratiquer cette opération.

L'auteur semble réprouver l'opération césarienne, l'accouchement prématuré, le forceps, pour accorder à la symphyséotomie une préférence marquée. Il pense en particulier qu'on ne doit exercer sur le forceps que des tractions très modérées pour recourir de bonne heure à la symphyséotomie.

Son étude sur le forceps est particulièrement intéressante. Il nous montre que c'est une erreur de croire qu'une traction exercée sur le forceps se transmet par moitié seulement sur la tête saisie. En réalité, la figure géométrique de prise du forceps peut être évaluée par un cône tronqué qui, par sa partie la plus large, mesure 10 centimètres, et par sa partie étroite, 9 centimètres. Si on veut absolument faire passer ce cône tronqué à travers l'anneau inextensible représenté par le bassin, ayant des dimensions un peu moindres, on exercera une pression sur la tête fœtale évaluée par la traction exercée sur le forceps (admettons 30 kilog.) multipliée par la longueur du tronc du cône (100 millim.), divisée par le diamètre de la base du tronc du cône (100 millim.), moins le diamètre du sommet du tronc du cône (900 millim.), soit une pression de 300 kilogrammes. La pression sur la tête fœtale ou la contre-pression sur les parois du bassin est dix fois plus forte que la traction exercée avec les branches du forceps. Elle varie donc de 300 à 800 kilogrammes.

L'énorme traumatisme qui peut être la conséquence dé l'application du forceps doit donc faire rejeter les symphyséotomies partielles et la symphyséotomie dans le bassin par ankylose sacro-iliaque.

Dans le bassin oblique ovalaire de Nœgelè, F. propose l'ischio-pubiotomie du côté étroit, car du côté large elle ne procurerait qu'un agrandissement insuffisant du détroit supérieur.

Pour la pratiquer, on fait deux incisions suivant une ligne parallèle à la symphyse et située à 4 centimètres en dehors d'elle. On peut encore gagner un centimètre et sectionner avec une scie à chaîne à 5 centimètres de la symphyse la branche supérieure et inférieure du pubis en ruginant, autant que cela est nécessaire, l'os qu'on doit intéresser. L'arc osseux antérieur ne s'écarte que lorsque le ligament du trou souspubien est désinséré en avant. Il devient alors mobile et est reporté en

avant par le fait de la souplesse de la symphyse pubienne, qui joue le rôle d'une charnière. Les deux os sectionnés peuvent facilement d'ailleurs s'écarter de 3 centimètres.

Lorsque l'ischio-pubiotomie est terminée, il faut encore avoir soin de faire passer la tête à travers le détroit supérieur de telle sorte que l'occiput corresponde au côté large du bassin. Si donc il est placé dans le côté étroit, il faut faire la version. Dans le cas contraire, c'est au forceps qu'il faudra donner la préférence.

II. — P. donne la relation de 13 symphyséotomies qui ont été faites dans son service soit par lui-même, soit par ses aides, avec succès constant pour les mères. Trois enfants sur dix ont succombé. Il revient sur le manuel opératoire qu'il a déjà conseillé et affirme la place importante que cette opération doit désormais trouver dans les opérations obstétricales. Ses rapports avec l'opération césarienne et avec l'embryotomie sont encore difficiles à préciser. Elle doit faire disparaître l'accouchement provoqué trop prématuré et les applications de forceps dites de force.

III. — Femme E... n'a pu être délivrée la première fois qu'après basiotripsis; a été la seconde fois accouchée artificiellement au 8e mois de sa grossesse d'un enfant vivant; présente la troisième fois un accouchement extrêmement laborieux à terme avec un enfant mort; fut accouchée artificiellement la quatrième fois d'un enfant mort. A sa cinquième grossesse, ayant antérieurement constaté qu'elle est atteinte d'un bassin oblique-ovalaire, ankylosé du côté droit, avec un diamètre antéro-postérieur mesurant 8 cent.,5, P. pratiqua à terme l'ischio-pubiotomie et put extraire, à l'aide du forceps, un enfant vivant, pesant 3970 grammes. Suites de couches normales.

IV. — Les deux points sur lesquels insiste particulièrement B. sont : l'impossibilité d'obtenir un écartement sérieux des pubis sans la section du ligament triangulaire ; 2° sur la persistance de la mobilité des symphyses sans troubles douloureux ni difficulté de la marche. P., dans le rapport qu'il fit sur le travail de B., accorde la réalité de ces deux faits. Il insiste particulièrement sur les tiraillements subis par les tissus post-pubiens soit du fait de l'écartement des pubis, soit par l'extension du canal vulvo-vaginal au moment de l'extraction de l'enfant. Il existe en cette région un *locus minoris resistentiæ* qui l'expose à des déchirures. Elles peuvent compromettre la vessie ou l'urètre ou encore communiquer avec le foyer opératoire créé par la symphyséotomie. Il pense qu'on doit, dans ces cas, inciser largement le périnée en arrière pour diminuer la tension des tissus en avant. Il reste toujours fidèle à la section du pubis de bas en haut et d'arrière en avant.

V. — Au titre très explicatif de l'observation, nous ajouterons les détails suivants : A sa troisième grossesse, le travail fut provoqué une quinzaine de jours avant l'époque du terme à l'aide de la sonde de Krause, puis de l'écarteur de Tarnier. La symphyséotomie fut pratiquée d'emblée avant toute autre intervention obstétricale, avant même la rupture de la poche des eaux, mais lorsque la dilatation était complète. On fit ensuite une version podalique par manœuvres internes. Enfant vivant. Suites de couches normales.

VI. — Q. établissant la gravité de l'embryotomie dans certains cas, pense qu'on peut pratiquer la symphyséotomie même lorsque l'enfant

est mort. Pinard, dans sa réponse à Queirel, ne croit pas qu'on puisse établir cette indication d'une façon absolue. Q. rapporte deux cas où il a pratiqué l'opération dans ces cas avec succès.

VII. — Discussion historique sur la question.

VIII. — Farabeuf montre que l'opération qu'il a conseillée ne l'avait été par personne avant lui ni comme manuel opératoire ni comme indications. PORAK.

Un cas de symphyséotomie, par MERLIN (*La Loire méd.*, 15 *août* 1892).

Femme de 23 ans, primipare. Grossesse arrivée à terme, le promonto-sous-pubien mesure 7 centimètres et demi environ. Application de forceps, avec tractions énergiques, infructueuse; on pratique alors la symphyséotomie en sectionnant d'abord la symphyse de haut en bas et ensuite le ligament sous-pubien. Extraction facile de l'enfant, qui meurt 35 heures après, probablement par suite de la violence des tractions du forceps (traces d'une des cuillers sur le frontal droit, chevauchement des pariétaux). Guérison de la mère sans autre complication qu'une escharre coccygienne produite par l'appareil plâtré, mis à la suite de l'opération. OZENNE.

I. — **Contributo alla pratica della sinfisiotomia, par CARUSO** (*Annali di Ostetr.-e. Gin.*, *n*° 4, *avril* 1892).

II. — **Zwei Symphyseotomien, par A. TÖRNGREN** (*Centr. für Gyn.*, *n*° 49, 10 *décembre* 1892).

III. — **Zur wissenschaftlichen Begründung der Symphyseotomie (Justification scientifique de la symphyséotomie), par BIERMER** (*Centr. für Gyn.*, *n*° 51, 24 *décembre* 1892).

I. — Caruso rapporte deux observations personnelles nouvelles.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 24 ans, secondipare, rachitique, dont le bassin mesurait 7 centimètres; enfant vivant. La symphyséotomie fut faite après 3 jours 1/2 de travail, les eaux étant écoulées depuis 2 jours 1/2. Une application de forceps amena un garçon asphyxié par deux circulaires serrés autour du cou; il pesait 4.200 grammes, et ne put être ranimé. Après la suture et le pansement, on appliqua une ceinture pelvienne, et on rapprocha les jambes avec un lien. Suites de couches apyrétiques. La femme se leva et marcha sans douleurs ni difficulté le vingtième jour.

Le deuxième fait concerne une femme de 32 ans, ayant eu trois avortements. Le bassin mesurait 7 centimètres. La symphyséotomie fut faite à la dilatation complète. Les battements du cœur se modifiant, on procéda à l'extraction du fœtus qui se présentait par les genoux; fille vivante du poids de 3.000 grammes. Suites normales. La femme marcha le 30ᵉ jour, la réunion osseuse était parfaite.

Après avoir décrit le manuel opératoire qu'il emploie et qui n'offre rien de spécial, Caruso résume 22 symphyséotomies faites par l'École napolitaine depuis 1888, et il en tire les conclusions suivantes :

Depuis l'emploi de l'antisepsie, cette opération n'a pas causé la mort de la mère une seule fois. Deux enfants seulement ont succombé.

Dans la majorité des cas, les suites de couches ont été sans fièvre; la réunion s'est faite par première intention : une seule fois, il y eut un peu de suppuration au niveau de deux points de suture. Dans trois cas, il y eut de la paramétrite et de l'endométrite; dans trois autres, il y eut

deux fistules vésico-vaginales et une urétro-vaginale. Ces accidents n'ont pas été le fait de l'opération mais de l'opérateur.

Tardivement après l'opération, on n'a constaté aucun trouble vésical, aucune douleur, aucune gêne dans la marche. Cinq femmes ont subi sans le moindre inconvénient deux fois la symphyséotomie.

Cette opération est indiquée dans le cas de rétrécissement du bassin où le diamètre conjugué vrai mesure de 67 à 81 millimètres, l'enfant étant vivant. Elle ne fait pas concurrence à la césarienne; de cette dernière sont justiciables les bassins plus considérablement rétrécis. Mais elle doit être opposée à la craniotomie, à laquelle elle est infiniment préférable.

Au-dessus de 81 millimètres, le forceps est indiqué; mais si des tractions vigoureuses n'amènent pas la tête, on devra faire la symphyséotomie.

II. — 1° Femme de 40 ans, ayant eu 8 enfants. Cinq de ces accouchements ont été spontanés, mais longs, et un des enfants est mort pendant le travail; trois ont dû être terminés par la version, et deux des fœtus sont morts. Elle est enceinte pour la neuvième fois et à terme. Elle entre en travail le 3 septembre, perd les eaux le 4 et est alors admise à la maternité d'Helsingfors. L'enfant est vivant; il se présente par le sommet en OIDT. La tête est mobile au détroit supérieur. Le diamètre conjugué vrai mesure $8^c,2$. Symphyséotomie : écartement de 4 à 5 centimètres. Application du forceps Tarnier, et extraction facile d'un enfant en état d'asphyxie qui fut ranimé; il pesait 3400 grammes.

Suture de la plaie. Délivrance artificielle. Le bassin fut entouré avec une bande d'Esmarch.

La malade fut très agitée après l'opération; le pouls était petit et fréquent. Elle tomba dans le collapsus le 6 septembre et succomba.

L'autopsie démontra une dégénérescence graisseuse du cœur avec hypertrophie du ventricule droit, de la bronchite chronique et de l'emphysème, de la néphrite chronique. C'est à ces lésions, et non à l'opération, que la malade a succombé, et selon l'auteur, le chloroforme n'a pas été étranger à l'issue fatale.

2° Femme de 36 ans, secondipare. Le premier accouchement a nécessité une basiotripsie. Elle est à terme et en travail; la poche des eaux est rompue. Le fœtus se présente par le sommet en OIG et est vivant. Le bassin est rachitique, généralement rétréci, et le diamètre promonto-pubien mesure $7^c,7$. Symphyséotomie. Le ligament sous-pubien fut respecté. Application du forceps Tarnier; tractions vigoureuses, et extraction d'un enfant vivant de 3750 grammes. Au moment du passage de la tête, les pubis s'écartèrent de 6 centimètres. Hémorragie assez abondante au niveau du ligament triangulaire qui se rompit pendant les tractions; elle fut arrêtée par la compression, le rapprochement des pubis et finalement la suture de la plaie.

Quatre heures après l'accouchement, le bassin fut maintenu avec une bande d'Esmarch. La femme guérit sans fièvre, et sortit en excellent état avec son enfant au bout de vingt jours.

III. — Dans le but de mesurer exactement les effets produits par la séparation de la symphyse, Biermer a fait des recherches sur les bassins de quatre femmes, dont trois mortes pendant la puerpéralité, et une de péritonite non puerpérale.

En portant l'écartement à son maximum, il a remarqué que la symphyse sacro-iliaque subissait bien plus rapidement un diastasis dans le bassin non puerpéral que dans les autres.

Voici résumés les résultats obtenus par l'auteur; ils indiquent l'agrandissement des différents diamètres par centimètre d'écartement des pubis.

Écartement	Diamètre antéro-postérieur	Diamètre transverse	Diamètre oblique
—	—	—	—
1cm	0cm, 25	0cm, 75	0cm, 50
2	0 ,25	1 ,00	0 ,75
3	0 ,50	1 ,50	1 ,10
4	0 ,65	2 ,00	1 ,75
5	0 ,83	2 ,25	2 ,20
6	1 ,10	3 ,00	2 ,90
7	1 ,40	3 ,10	3 ,50

CH. MAYGRIER.

Ueber die Indication zur Laparotomie... (Indication de la laparotomie après rupture d'une grossesse extra-utérine malgré la formation d'une hématocèle intra-péritonéale), par GRÆFE (*München. med. Woch.*, n° 40, 699, 1892).

D'après 10 cas, provenant en partie de son expérience personnelle, en partie d'un travail de Gusserow, l'auteur conclut que l'hémorragie intra-péritonéale, dans les cas de ce genre, est susceptible d'être heureusement traitée par la laparotomie, d'autant qu'abandonnée à elle-même l'hématocèle est sujette à des récidives de plus en plus graves et étant donné que Gusserow a fait avec succès une telle opération, dans un cas où l'hémorragie par son abondance menaçait la vie de la malade. C. LUZET.

Fünf Fälle von Extrauteringravidität, par V. SCHNEIDER (*Deutsche med. Woch* *n°* 37, *p.* 822, 1892).

Voici le résumé des observations.

1° Femme de 33 ans chez qui l'on reconnaît, au 4e mois, la grossesse extra-utérine. On attend jusqu'au 7e mois pour faire la laparotomie et l'on extrait un enfant long de 27 centimètres, qui ne vit que 3 heures. Guérison.

2° Femme de 31 ans. Grossesse tubaire gauche avec développement intra-ligamenteux de l'œuf. Péritonite, métrorragie, expulsion de la caduque. Cinq jours après cette expulsion, laparotomie. Extraction de toute la poche, fœtus de 3 mois. Guérison.

3° Femme de 23 ans. Grossesse tubaire au 3e mois. Ponction suivie de douleur. Expulsion de la caduque, atrophie de la tumeur. Guérison.

4° Grossesse tubaire gauche ; kyste ovarique gauche. Laparotomie. Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Hématosalpinx ; pas d'embryon reconnaissable. Guérison.

5° Hématocèle rétro-utérine suppurée chez une femme de 22 ans. On suppose qu'il y a eu, à l'origine, rupture d'une grossesse tubaire droite. Laparotomie, ouverture de l'hématocèle; une fistule intestinale nécessite l'entérorraphie. Guérison. L. GALLIARD.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes (lupus et tuberculoses qui s'y rattachent) par H. LELOIR (1 *vol. in-4° de* 384 *pages*, *avec* 15 *planches*. *Paris*, 1892).

Leloir a réuni et coordonné, dans ce beau volume, les recherches qu'il poursuit depuis 10 ans sur le lupus et dont une partie a été déjà l'objet d'analyses dans ce recueil. C'est sur l'étude clinique de plus de 2,000 cas de scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses, sur l'étude histologique, bactériologique et expérimentale (inoculations) d'environ 350 cas de scrofulo-tuberculose tégumentaire, que repose ce travail considérable.

La scrofulo-tuberculose tégumentaire comprend le lupus vulgaire et les gommes scrofulo-tuberculeuses.

Le lupus de la peau peut être de niveau avec les téguments sains (lupus plan, exfoliant ou non) ou s'élever au-dessus de ceux-ci (lupus élevé, pouvant être œdémateux, hypertrophique, éléphantiasique, serpigineux). Il peut se terminer par la sclérose.

Le lupus s'ulcère souvent (lupus exedens), par suite de l'action des agents pathogènes et en particulier du staphylococcus pyogenes aureus; l'action de ces agents pathogènes peut se faire sentir sur des tissus qui sont déjà cicatrisés pour produire des ulcérations para-lupeuses ; il faut cependant accorder une certaine influence au tempérament lymphatique et surtout aux altérations vasculaires dans l'ulcération du lupus.

Le lupus de la peau peut présenter des caractères anormaux (variétés atypiques), être colloïde, myxomateux, scléreux ou demi-scléreux : à cette dernière variété il faut rattacher la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf et les formes bacillaires du tubercule anatomique ; enfin le lupus vulgaire peut ressembler de très près au lupus érythémateux, c'est le lupus vulgaire érythématoïde, que Leloir rapporte au lupus vulgaire et sur l'interprétation duquel il insiste d'autant plus énergiquement qu'il conteste la nature tuberculeuse du lupus érythémateux soutenue par E. Besnier.

Le lupus des muqueuses présente des caractères analogues à ceux du lupus cutané, les variété atypiques s'y rencontrent également; à relever la rareté du lupus de la langue et la rareté extrême du lupus des organes génitaux dont Leloir n'a jamais observé d'exemple.

Le lupus est exposé à une série de complications locales, dont les unes sont dues à l'infection scrofulo-tuberculeuse, provenant du foyer lupeux; les autres sont dues à des infections secondaires (érysipèle); l'épithélioma peut se développer sur les cicatrices de lupus ou même en plein tissu lupeux.

Les complications générales sont d'ordre tuberculeux (phtisie pulmonaire) ou indépendantes de la tuberculose (albuminurie, chlorose, etc.). Enfin le lupus peut s'associer à la syphilis comme dans un cas de Leloir dans lequel le traitement antisyphilitique amena la guérison partielle des lésions tandis que l'inoculation aux animaux démontra la nature tuberculeuse des lésions persistantes ; il peut s'associer à la tuberculose vraie, donnant lieu à un ensemble de symptômes assez particulier.

Leloir étudie ensuite avec soin les lésions histologiques du lupus : il est constitué par des tubercules, occupant surtout les couches profondes du derme, avec infiltration embryonnaire atteignant la couche papillaire ; dans cette dernière on ne trouve presque jamais de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, tandis que, dans les autres couches, ces deux ordres d'éléments sont abondants ; les lésions sont particulièrement intenses au voisinage des glandes cutanées, en raison de la richesse du réseau vasculaire qui les entoure.

Les bacilles sont rares et difficiles à trouver, leur recherche exige une grande patience ; ils sont réunis en certains points de sorte que, lorsque dans l'examen de coupes en séries on en a rencontré un, il est habituel d'en retrouver sur les quelques coupes suivantes, mais ils y sont toujours en très petit nombre. Leloir, sur 200 cas examinés à ce point de vue, les a constatés 157 fois ; il n'en a jamais trouvé dans les produits de sécrétion des ulcérations lupeuses. Parmi les microbes pathogènes qui accompagnent le bacille de Koch, le plus fréquemment rencontré est le staphylococcus pyogenes aureus.

La preuve de la nature tuberculeuse des lésions est fournie par l'expérimentation qui donne des résultats constamment positifs, par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin ou chez le cobaye, lorsqu'on a recours par le procédé bien connu d'inoculation dermo-épiploïque de Leloir et qu'on a soin d'inoculer des fragments suffisamment volumineux.

Dans les inoculations en série la virulence s'accroît en même temps que le nombre des animaux inoculés. La tuberculose obtenue par l'inoculation intra-péritonéale de fragments de lupus chez le cobaye n'est pas virulente pour le lapin.

Il y a donc, à ce point de vue et sous le rapport de la durée de l'inoculation, des différences très prononcées entre la tuberculose franche et la scrofulo-tuberculose du lupus.

Le lupus est ordinairement dû à l'inoculation directe du tégument par le bacille tuberculeux, et Leloir cite à ce propos une série de modes curieux d'inoculation ; il peut encore être inoculé de dedans en dehors, directement, par des foyers tuberculeux profonds, ganglionnaires, osseux, etc., ou à distance, par la voie lymphatique ou par la voie sanguine. Le lupus est quelquefois, mais rarement héréditaire.

Leloir expose en terminant les modes de traitement préconisés contre le lupus. C'est au traitement local que doit revenir le principal rôle.

Le raclage est pour lui de beaucoup le moyen préférable et il doit être suivi d'applications médicamenteuses variant suivant les cas ; c'est là ce que Leloir appelle le traitement mixte. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux, par ROY (*Thèse de Paris*, n° 5, 1892).

Toutes les tumeurs de la peau et du tissu sous-cutané peuvent devenir le point de départ de névralgies, mais c'est là l'exception. Au contraire, la névralgie est de règle dans les léiomyomes sous-cutanés. Ce sont de très petites tumeurs, à évolution fort lente, à marche bénigne, non infectantes, ni récidivantes et probablement nées dans les muscles érecteurs des poils. On n'y a pas vu de terminaisons nerveuses, malgré leur caractère douloureux. Quelquefois elles paraissent devoir leur origine à un traumatisme. Elles doivent être extirpées au bistouri. C. LUZET.

Recherches histologiques et bactériologiques sur l'ulcère tuberculeux de la peau, par ROSSI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 4, 1892).

La meilleure méthode de coloration du bacille tuberculeux est celle de Gabbet. Elle montre les parasites se développant en grand nombre dans le stratum réticulé de la peau. Sans nier l'action pyogène des bacilles, l'auteur remarque que la suppuration de la peau s'accompagne de la présence des microbes habituels de la suppuration. Il croit plutôt à l'action nécrosante du bacille ainsi que des toxalbumines et des ptomaïnes qu'il produit. F. BALZER.

L'ulcération de la peau dans les sarcomes adhérents, par ROSSI (*Rivista clinica e terapeutica*, *p.* 393, *juillet* 1892).

Dans deux cas de sarcomes adhérents à la peau, l'auteur a trouvé les adhérences constituées par des fibres conjonctives unissant le stroma de la tumeur, soit aux fibres du tissu conjonctif sous-cutané, soit à la couche muqueuse de l'épiderme. Les vaisseaux, surtout les veines, sont fortement dilatés et remplis de globules sanguins. Les éléments du tissu conjonctif sous-cutané, sont dégénérés, ne se colorent plus par les réactifs; il en est de même des éléments de la couche réticulaire du derme. Le mécanisme de l'ulcération de la peau est facile à déduire de ces lésions. Il se produit d'abord et simultanément : 1° la stase sanguine par compression des vaisseaux par la tumeur sous-jacente; 2° la thrombose par stase et lésions des parois vasculaires; secondairement la stase et la thrombose entraînent la dégénérescence et la nécrose des éléments du tissu sous-cutané et des éléments de la peau. P. MERMET.

Allgemeine Fibrosarkomatose der Haut, par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 520, 23 *mai* 1892).

Jeune homme chez lequel, en quelques mois, s'étaient développées, sur la peau, plus d'une centaine de tumeurs fibrosarcomateuses. Langenbuch fit l'ablation de 2 ou 3 des plus grosses, puis traita le malade par l'iode et l'arsenic à doses croissantes. Sous l'influence de cette médication, toutes les tumeurs diminuèrent lentement de volume. Un érysipèle intercurrent les fit complètement disparaître.

Depuis lors, récidive partielle de deux tumeurs, mais état général satisfaisant. J. B.

Ein Fall von Sarcomatosis..., par P. PALMA (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, *p.* 784, 1892).

La sarcomatose a revêtu, dans ce cas, l'aspect de la leucémie à marche rapide. C'est dans le thymus que le néoplasme s'est développé tout d'abord, pour envahir secondairement les ganglions lymphatiques, la rate et le foie.

Garçon de 18 ans, offrant, au début de mars 1891, des signes pulmonaires qui, malgré l'absence de bacilles, font penser à la tuberculose et subissant huit injections de tuberculine. A ce moment on ne compte encore que 21,000 globules blancs. Plusieurs paquets ganglionnaires.

Le 4 mai, le nombre des globules blancs s'élève à 372,000; le nombre des globules rouges s'est abaissé à 2,710,000, de sorte que la proportion est de 1 blanc pour 7,3 rouges. Symptômes de tumeur du médiastin antérieur. Rate et foie volumineux. Tuméfaction des ganglions du cou, des aines, etc.

Mort le 9 mai.

La moitié supérieure du médiastin antérieur est occupée par une masse grosse comme les deux poings, et dont la forme rappelle celle du thymus. C'est un sarcome à cellules arrondies. Dans le foie, on trouve une infiltration diffuse, et aussi des nodules miliaires; les capillaires de l'organe contiennent un grand nombre de cellules rondes analogues à celles de la tumeur. Mêmes éléments dans la rate qui mesure 16 centimètres de long sur 10 de large. Les poumons sont adhérents, partiellement atélectasiés et infiltrés de sang; pas de tubercules. Néphrite aiguë et abcès des deux reins. L. GALLIARD.

Formation des cicatrices du derme, par HEITZMANN (*Arch. f. Derm. und Syph.*, *XXV*, 1 *et* 2).

Les cicatrices du derme sont formées par des faisceaux conjonctifs, tantôt épais, tantôt minces, qui souvent s'entremêlent. En cas de destruction du corps papillaire par une brûlure par exemple, la cicatrice présente des élevures papillaires irrégulières en contact avec l'épithélium. Les cellules embryonnaires aux dépens desquelles se fait la cicatrice deviennent fusiformes et bientôt s'infiltrent d'une substance fondamentale gélatineuse; la cicatrice est alors constituée par un tissu conjonctif à fibrilles molles. La formation de la cicatrice est en somme celle du derme normal. Quand la cicatrice est envahie par une inflammation les faisceaux conjonctifs reviennent à l'état protoplasmique. F. BALZER.

De l'état séborrhéique de la peau, par JACQUES (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans cette thèse, inspirée par Barthélemy, l'auteur montre que la séborrhée provient à la fois des glandes sébacées et des glandes sudoripares; elle est fort exagérée dans certains cas chez les sujets affectés de troubles digestifs. Il se produirait des toxines qui agiraient sur les glandes de la peau au moment de leur élimination. La sécrétion des glandes étant altérée crée un terrain propice à la réceptivité et au développement de nombreux germes pathogènes, venus surtout de l'extérieur.

La plupart des affections des glandes sébacées sont précédées ou accompagnées de séborrhée. Celle-ci sera combattue non seulement par l'antisepsie externe, mais aussi par l'antisepsie intestinale.

F. BALZER.

Zur Frage der als Dysydrosis, Cheiropompholyx und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung, par A. SANTI (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XV*, 3, 1892).

Cette maladie passe plus souvent que l'on ne l'admet généralement à l'état chronique; elle peut intéresser le visage et le devant du cou; elle survient exclusivement chez des sujets neurasthéniques (nos observations personnelles sont en désaccord avec cette proposition); elle n'a aucun rapport avec les fonctions des glandes sudoripares; on ne peut la rapporter à une lésion de ces organes. C'est une maladie sui generis, et presque certainement une dermatose de nature nerveuse (?) et d'origine probablement centrale. La dénomination de dysydrose est donc ici mal appropriée; elle n'est d'ailleurs applicable à aucun état morbide : si la sécrétion de la sueur est altérée, il y a en même temps de l'hyperydrose. H. HALLOPEAU.

Sur une forme particulière d'œdème névropathique (pseudo-éléphantiasis névropathique), par MATHIEU (*Ann. de derm. et syph.*, *p.* 11, *janvier* 1893).

Femme obèse, lithiasique et eczémateuse, atteinte d'artériosclérose et de rétrécissement aortique; au cours d'une sciatique double et de douleurs rhumatoïdes des membres inférieurs, elle présente un œdème spécial des jambes participant à la fois des œdèmes rhumatismaux et névropathiques, de l'œdème de l'éléphantiasis nostras. Il siégeait symétriquement aux deux membres inférieurs, qui, tuméfiés et déformés du genou à la cheville du pied, avaient la forme dite « en poteau ». La limite inférieure de cet œdème était marquée au niveau des chevilles par un brusque bourrelet très saillant, fait, qui, on le sait, est spécial aux œdèmes névropathiques, de même que la consistance dure, lipomateuse de ce pseudo-éléphantiasis névropathique. A ces œdèmes d'origine nerveuse, venait souvent s'ajouter après la fatigue chez la malade un œdème mécanique du dos du pied, œdème bien différent du précédent, mou, peu résistant, donnant le godet à la pression digitale, et en tout point comparable aux œdèmes mécaniques augéio-cardiaques.

D'après l'auteur, à côté des formes classiques de l'œdéme rhumatismal, il faut faire une place à un nouveau type, le pseudo-elephantiasis rhumatismal ou neuro-arthritique. P. MERMET.

Lèpre systématisée nerveuse, simulant la syringomyélie, par CHAUFFARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *novembre* 1892).

G., 42 ans, a passé trois ans aux colonies (Guyane et Sénégal); il y a contracté la syphilis, et a eu, en outre, des crises de colique saturnine. Il y a deux ans, la maladie a débuté par de la gêne dans les mouvements des doigts de la main gauche, six mois après de la droite; puis survient l'atrophie qui, des éminences thénar, remonte à l'épaule; depuis six mois, crises douloureuses dans les régions scapulaires.

Actuellement on constate : 1° Des amyotrophies portant sur les deux mains, c'est la griffe Aran Duchenne; les avant-bras sont moins atrophiés; les bras sont très atrophiés, surtout les biceps, les deltoïdes, les sus et sous-scapulaires; atrophie légère des sternomastoïdiens, des masses dorsolombaires, des muscles des jambes.

A la face, de nombreux muscles sont atteints, le frontal, le releveur des paupières, les muscles moteurs des yeux, les buccinateurs, zygomatiques. La contractilité faradique est diminuée en raison de l'amyotrophie. Les réflexes sont normaux.

2° Troubles de la sensibilité circonscrits. La sensibilité tactile est conservée sur tout le corps, affaiblie sur le dos de la main droite; en revanche, abolition des sensibilités à la température, et à la douleur sur les membres supérieurs, la tête et le haut du tronc au-dessus d'une ligne passant vers la pointe des omoplates; sur la tête, il y a une tonsure où la sensibilité est conservée. Pas de troubles trophiques.

Le nerf cubital est très hypertrophié à la face interne des bras, au-dessus du coude.

Babinski, discutant la pathogénie de la dissociation de la sensibilité, conclut : 1° que, dans les névrites périphériques, les divers modes de la sensibilité peuvent subir la dissociation syringo-myélitique imparfaite; 2° qu'il n'est pas rigoureusement démontré que la dissociation syringomyélitique parfaite puisse résulter d'une lésion des nerfs périphériques; en tout cas, si le fait peut se réaliser, il doit être tout à fait exceptionnel.

H. L.

Mode de réaction des cellules des nodules lépreux et du bacille de la lèpre sous l'action des applications directes d'agents irritants, etc., par RISSO (*Riforma med., p.* 338 *et* 351, *août* 1892).

Le bacille de la lèpre présente une résistance considérable ; les caustiques chimiques ou les cautères ignés n'ont pas d'action sur le bacille, directe ou à distance. Certains agents seuls agissent sur le bacille en le désorganisant, en le brûlant comme le feu brûle un fragment de tissu organique.

Les lépromes présentent une résistance considérable, et après l'action des agents irritants, on trouve au voisinage des points lésés une infiltration des tissus lépreux par des cellules lymphoïdes, véritables phagocytes, renfermant le bacille de Hansen. P. MERMET.

Sur une forme spéciale de mélanodermie localisée ressemblant à la lèpre maculeuse, par GAUCHER (*Soc. de derm. et syph.*, 12 *janvier* 1893).

Femme nerveuse atteinte depuis trois ans d'une éruption bilatérale et symétrique occupant les deux membres inférieurs. Celle éruption est constituée par des macules isolées d'abord, confluentes ensuite, disposées suivant un mode polycyclique et circiné, de couleur café au lait, sans aucune saillie, ni rebord ou induration; au début ces taches étaient pâles, à peine pigmentées; la pigmentation apparut peu à peu. Les macules les plus anciennes prennent un aspect cicatriciel et atrophique à leur centre. Ces taches siègent surtout sur la face interne des deux cuisses. En outre, tous les divers modes de la sensibilité sont conservés au niveau de ces taches, qui ne sont le siège ni de prurit ni de douleur. Fournier et Besnier diagnostiquent un érythème tertiaire, contrairement à Zambaco et Gaucher qui inclinent vers le diagnostic de lèpre. P. MERMET.

La tubercolina Koch nella lebbra (La tuberculine de Koch dans la lèpre), par FERRARI (*Atti dell' Accad. di scienze naturali in Catania, III, série* 4).

Ferrrari a traité 8 lépreux avec la tuberculine ; dans tous les cas, il s'agissait de lèpres tuberculeuses, avec ou sans anesthésie. Dans 7 cas, la réaction générale fut constatée avec une fièvre d'intensité variable ; par contre, dans 3 cas seulement, une réaction locale fut observée avec diminution et réapparition des tubercules. A la place même de la piqûre

il n'y eut jamais rien d'appréciable. La quantité de lymphe injectée varia entre 7 et 4 milligrammes par injection. Un malade reçut au minimum 17 milligrammes en 7 injections. Ferrari termine sa communication de la façon suivante :

« D'après mes recherches, je crois avoir pleinement le droit de tirer cette conclusion que la tuberculine ne produit pas d'action directe et utile sur la lèpre. Comme dans la tuberculose, il faut dans la lèpre rapporter l'action non pas à la spécificité du médicament, mais bien plutôt à la faible résistance du tissu malade à l'égard des mutations organiques réveillées par l'activité anormale de la tuberculine. R. JACQUINET

Pathologie und Pathogenie des Lichen scrophulosorum, par JACOBI (*Arch. f. Derm. und Syph., XXV,* 1, 1892).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade affecté de lupus de la face avec tuberculose glandulaire et chez lequel après une aggravation des premières lésions, survint une éruption diffuse de lichen scrofulosorum. Les coupes microscopiques des éléments éruptifs se montrèrent avec l'aspect caractéristique des tubercules miliaires avec cellules lymphoïdes, épithélioïdes et cellules géantes; au milieu d'une de ces dernières on trouva un bacille de Koch, et un second bacille dans le voisinage. Cependant toutes les inoculations faites au cochon d'Inde, demeurèrent sans résultat. L'auteur croit que le lichen est une forme de tuberculose miliaire de la peau qui survient généralement après une aggravation des lésions préexistantes. F. BALZER.

Lichen plan de la cavité buccale, par FEULARD (*Soc. franç. de derm. et de syph.,* 12 *janvier* 1892 *ou* 1893).

Malade de tempérament nerveux, d'un état de santé excellent, atteinte depuis six mois d'un lichen plan typique du dos de la langue et de la face interne des joues. L'éruption est formée de taches blanc grisâtre, très peu saillantes, isolées ou réunies en forme de nappes ou de traînées. La bouche est le siège d'assez vives cuissons. Malgré la durée de l'éruption, la peau est restée indemne; à peine peut-on distinguer sur la face antérieure des poignets quelques papules très discrètes de lichen corné; il n'y a pas de démangeaisons cutanées. P. MERMET.

Eruption lichénoïde datant de quatorze ans, à exacerbations estivales, par DU CASTEL (*Soc. franç. de derm. et de syph., 8 décembre* 1892).

L'auteur présente un malade atteint d'une éruption lichénoïde datant de quatorze ans, subissant chaque année une exacerbation estivale intense obligeant le malade à suspendre ses travaux. A l'automne de chaque année, l'affection disparaît presque entièrement. Au début des poussées éruptives apparaît tout un ensemble de symptômes généraux (vertiges, céphalalgie, éblouissements, éternuements, coryza). Puis l'éruption apparaît, débute tantôt par la face, tantôt par les organes génitaux; bientôt elle se généralise. Constituée, l'éruption donne à toute la surface de la peau l'aspect lichénoïde, granité. La peau épaissie, indurée, présente par place une coloration scarlatiniforme. Elle est rugueuse et sèche. Le granité de sa surface est dû à une infiltration du pourtour des appareils glandulaires et à l'hypertrophie des follicules pilo-sébacés. En même temps apparaît une véritable éruption furonculeuse, et les ganglions inguinaux et axillaires s'engorgent.

De plus, au moment des poussées, le prurit est intense, les sueurs profuses l'état général reste bon.

Vidal considère le malade comme atteint de prurigo de Hebra à début un peu insolite; Besnier fait quelques réserves en faveur d'un mycosis fongoïde à sa première période. P. MERMET.

Ist das Molluscum contagiosum contagioes? par PICK (*Verhandl. der deutsch. dermat. Gesellsch., II und III Congress* 1892 *et Hyg. Rundsch. II, p.* 709, 15 *août* 1892).

Un homme de 55 ans avait à la face de nombreux molluscum; sa femme et sa fille avaient la même affection. Pick a inoculé à 2 enfants le contenu d'un molluscum de l'homme. Au bout de 10 semaines seulement, on put reconnaître à la loupe le succès des inoculations qui furent pratiquées dans le triangle crural; 8 jours plus tard, les lésions étaient visibles à l'œil nu et leur nature fut confirmée par l'examen microscopique. Sur les 12 inoculations intra-épidermiques, 9 furent fructueuses. (*R. S. M.*, XXXIII, 180.) J. B.

I. — Contribution à l'étude du molluscum simple, par PILLIET et MAUCLAIRE (*Soc. anat., p.* 444, *juin* 1892).

II. — De l'infiltration cellulaire du corps papillaire du derme dans le molluscum et le nœvus, par PILLIET (*Soc. Anat., p.* 614, *juillet* 1892).

I. — Pour les auteurs, le molluscum est une tumeur bénigne, d'origine conjonctive, comprenant tous les éléments mésodermiques de la peau et revêtue de l'épithémium ordinaire, ou modifié par suite de circonstances accessoires.

La raison pathogénique de la forme anatomique de la tumeur est dans la texture différente des divers plans de l'enveloppe cutanée exposée aux irritants. Autour de l'anus, sur le périnée, le prépuce, la commissure vulvaire, le plan papillaire est extrêmement riche, mais le derme très épais est doublé de muscles striés puissants : il se développera, dans ces régions, des papillomes.

Sur le dos du pied, les chevilles, le dos de la main, le plan papillaire, est peu développé, c'est le derme qui s'hypertrophiera et produira des fibromes.

A la nuque, dans le dos, le derme est très épais, et produira des lipomes sous-cutanés.

Au scrotum, aux grandes lèvres, à la partie interne de la cuisse, tous les tissus peuvent s'hypertrophier en même temps, et il en résulte une tumeur qui reproduit tous les éléments précédents, c'est le molluscum acquis, constitué par l'hypertrophie totale du feuillet conjonctif de la peau.

Toutes ces tumeurs résultent de la mise en action exagérée d'un district vasculo-nerveux de la peau : il en est de même pour le molluscum congénital : seulement ici, l'irritant est central et non plus périphérique, les tumeurs se produisent à un moment où la peau n'est pas encore tout à fait différenciée, aussi se développent-elles sur toutes les parties du corps : c'est une malformation, un cas pathologique portant sur les organes premiers de la peau.

II. — Pilliet a examiné une série de tumeurs (molluscums et nœvi) qui présentent un caractère commun, l'infiltration du plan papillaire du derme, et aussi dans certains cas, des plans profonds, par des traînées

de cellules rondes qui suivent les vaisseaux. Ces traînées se réunissent en amas auxquels on donne le nom d'amas sarcomateux.

Ces productions sarcomateuses, bénignes, sont liées à une prolifération des gaines des capillaires, paraissant comprendre et l'adventice et l'endothélium proprement dit. Il en résulte une forme circonscrite de tumeur bénigne, un reliquat du tissu vaso-formateur. Quand les capillaires ainsi restés aux stades fœtaux sont encore perméables au sang, le sarcome devient angiomateux. Enfin, quand ils s'organisent et peuvent arriver jusqu'à l'édification de vaisseaux vrais, artères, veines ou lymphatiques, on observe la formation de tumeurs érectiles, dont le nom diffère suivant les organes prédominant dans leur composition.

MAUBRAC.

Etude sur les nœvi, par FILAUDEAU (*Thèse de Paris*, 1893).

On trouve assez souvent dans le nœvus hypertrophique certains amas de cellules épithéliales très analogues à ceux de l'épithéliome tubulé à petites cellules. Ces éléments entraînent, dans certains cas assez rares du reste, la transformation de ces néoplasmes en tumeurs malignes. Renoul en cite dans sa thèse 34 observations. Le plus souvent c'est alors le carcinome réticulé que l'on observe. Aussi quand un nœvus prend à un moment donné un accroissement rapide, doit-on procéder sans retard à son ablation. F. BALZER.

Ueber Tatowirung und deren Anwendung... (Du tatouage et de son emploi pour masquer le manque de pigmentation de la peau), par PASCHKIS (*Wien. med. Wochenschr.*, *n°* 4, *p.* 137, 1892).

On peut remédier par le tatouage soit à l'absence de pigment, soit à une coloration défectueuse de la peau. Il faut se servir de couleurs insolubles et inoffensives telles que les ocres jaune, rouge et brun (argiles calcaires colorées par des sels de fer), le blanc de baryte (sulfate). La quantité de couleur à mélanger varie suivant les individus et les régions et ne peut être déterminée que par tâtonnement. En général, il faut surtout du jaune et du blanc, avec fort peu de rouge et de brun. Il faut se souvenir que les couleurs aperçues à travers les tissus changent de ton, et que le rouge prend un aspect violacé.

On trempe quelques aiguilles dans les couleurs finement broyées et transformées en bouillie par l'addition de quelques gouttes d'eau et on les enfonce dans la peau à une profondeur de un demi-millimètre ; puis l'on recommence aussi près que possible de la première piqure, sans faire saigner. Il ne se produit pas d'autres accidents qu'un peu d'inflammation pendant une huitaine de jours.

Des tatouages, faits ainsi, il y a un an, n'ont pas encore changé de teinte. LEFLAIVE.

Madura foot in India, par F. SURVEYOR (*Brit, med. j.*, *p.* 575, 10 *septembre* 1892).

Le pied de Madura, aux Indes, se présente avec l'aspect d'une carie chronique des os ; la région est tuméfiée, fistuleuse, médiocrement douloureuse, laissant échapper des grumeaux d'un rouge noirâtre, ou d'un

blanc jaunâtre, mais jamais de la couleur soufrée des grumeaux de l'actinomycose. L'affection dure très longtemps, 10, 15 et 25 ans. Le début est un nodule qui se produit sur un orteil, gonfle et crève, puis un autre se prononce, donnant lieu à une seconde fistule, et ainsi de suite.

Les grumeaux blanc jaunâtre sont constitués par des capsules fibreuses qui contiennent des corps réniformes terminés par des bâtonnets. A la périphérie de ces corps se voient de longs filaments gélatineux couverts de petites cellules (spores ?).

Il y a entre cette affection et l'actinomycose une grande analogie, mais aussi des différences. L'actinomycose a une évolution plus rapide, elle atteint les viscères qui sont respectés par le fongus de Madura, et offre des corps de couleur soufrée qui manquent complètement ici. Mais les champignons sont voisins quant à leur mode de développement.

H. R.

Contribution à l'étude de la tricophytie tonsurante, par AUDRAIN (*Thèse de Paris*, 1892).

Audrain admet que le cheveu est altéré dans sa nutrition avant d'être pénétré par le tricophyton ; celui-ci pénètre grâce aux lésions de l'épidermicule. Il y aurait une relation entre l'abondance des graisses et la vitalité du champignon. La guérison est toujours précédée d'une période de ralentissement dans la croissance des cheveux au niveau des régions envahies.

Le traitement aiderait le ralentissement à se produire. Les injections intradermiques d'une solution aqueuse ou alcoolique de sublimé acide (sublimé et acide tartrique 0,01 pour eau 30 grammes) donnent de bons résultats et détruisent les spores dans la profondeur des tissus. Elles arrêtent momentanément la croissance du cheveu. L'auteur préconise pour les épilations la pince de Du Castel dont les mors sont placés non sur l'extrémité mais sur le côté des branches, ce qui facilite beaucoup l'avulsion du poil. F. BALZER.

Trichophytonarten (Les quatre sortes de trichophyton), par NEEBE et FURTHMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1107, 2 *novembre* 1891).

Neebe et Furthmann ont réussi à cultiver quatre espèces de trichophyton, bien caractérisées. Seize cultures pures provenant du laboratoire d'Unna ont fourni les deux premières : tr. oïdiophoron et tr. éretmophoron. La troisième, tr. atractophoron, ne s'est rencontrée que chez un seul malade ; enfin la dernière, tr. ptérygoïdes, existait chez trois membres d'une famille.

1° Trichophyt. *oïdiophoron*. C'est la forme la plus commune, celle qu a surtout été décrite par les auteurs. Ses caractères sont :

a) Dans les cultures : un gazon blanc et sec, riche en mycéliums ; un accroissement en profondeur énergique ; une surface inférieure, citron dans les jeunes cultures, jaune brun dans les plus âgées ; sur le sérum sanguin, accroissement exclusivement en profondeur.

b) Sous le microscope : un mycélium, large de 2,7 à 5,4 μ, régulièrement cloisonné ; des renflements (gemmes), les uns terminaux, les autres placés sur le parcours du mycélium, arrondis ou ovales, d'un diamètre

de 15 à 25 μ ; des fruits généralement piriformes, aplatis à leur extrémité effilée adhérente aux hyphes, et ayant comme dimensions 8 μ de long et 4 μ de large. Ces fruits, très nombreux, sont appendus à des hyphes les uns non ramifiés, les autres ramifiés à angle droit ; ils contiennent une spore brillante de 3 μ de diamètre. Dans le moût de bière et le sérum sanguin, on assiste à la formation de chaînes d'oïdiums, d'où le nom proposé par Neebe pour cette première espèce de trichophyton.

c) Inoculations toujours positives sur l'homme, le cobaye et le lapin : développement de places glabres avec tronçons de poils comme dans la trichophytie humaine.

2° Trichophyt. *éretmophoron*. Ressemblant beaucoup au précédent et offrant les caractères suivants :

a) Dans les cultures : des mycéliums peu développés et une teinte à peine jaune soufre sur la face inférieure.

b) Sous le microscope : mêmes caractères que le tr. oïdiophoron, en ce qui concerne les mycéliums, les renflements terminaux et intermédiaires, les hyphes. La principale différence est la formation d'un fruit en forme de rame (ὁ ἐρετμος en grec, d'où le nom proposé) long de 50 à 55 μ, quadriloculaire, implanté sur un pédoncule mince et allongé, à étroites cloisons, et provenant d'une grosse spore.

c) Inoculations fournissant le même résultat que l'espèce précédente.

3° Trichophyt. *atractophoron*, ainsi caractérisé :

a) Dans les cultures : croissance par foyers ; d'un centre blanc, partent grand nombre d'hyphes, formant ainsi une houppe. Le champignon s'étend par rayons vers la périphérie ; accroissement superficiel ; surface inférieure jaune.

b) Sous le microscope : des mycéliums larges de 2,7 à 7 μ, nettement cloisonnés, offrant des renflements sur leur trajet et de nombreux fruits piriformes disposés sur les hyphes, à intervalles réguliers. Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est la formation de gros fruits fusiformes (d'où le nom tiré du grec τὸ ἄτρακτον), octoloculaires, longs de 50 à 100 μ, insérés sur un pédoncule grêle, allongé et étroitement cloisonné. Dans les loges du fruit, se trouvent des spores de 8 μ. Ces fruits sont extrêmement nombreux.

c) Inoculations toujours positives chez l'homme. Cliniquement, l'affection cutanée s'étend superficiellement et en gagnant rapidement la périphérie.

4° Trichophyt. *ptérygoïdes* dont voici les caractères :

a) Dans les cultures : sur l'agar, développement tout spécial ; perpendiculairement au point inoculé, s'étendent des hyphes qui donnent à la culture l'aspect de plumes qui a valu son nom à cette quatrième espèce ; énergique accroissement en profondeur ; surface inférieure, jaune rouge ; la gélatine liquéfiée est teinte en jaune rougeâtre.

b) Sous le microscope : mycéliums larges de 1 à 5,4 μ, cloisonnés ; nombreux renflements terminaux et intermédiaires, de 4 à 20 μ de diamètre ; fruits très peu nombreux, grêles, larges de 2 μ et longs de 10 ; spores de 5,4.

c) Inoculations toujours négatives sur l'homme ; chez le cobaye, il se forme un disque glabre de l'étendue de 2 marcs ; la peau est dure, infiltrée ; jamais de poils cassés.

Cliniquement, il y a production de plaques de calvitie, mais jamais on n'aperçoit de tronçons de cheveux ; ceux-ci se rompent dans la profondeur de leurs follicules. J. B.

De la décroissance du favus en France, par FEULARD (*Bulletin méd.*, 23 *novembre* 1892).

La décroissance du favus en France se prononce de plus en plus depuis quelques années ; c'est ainsi que, sur 1,518,813 conscrits, on n'a constaté que 964 teigneux dans les cinq dernières années, tandis que ce chiffre s'élevait à 1,399 pour la période de 1881 à 1885 et à 1,541 pour la période de 1876 à 1881.

Le favus sévit surtout sur les populations malheureuses et à la campagne, là où les moyens de contagion sont plus communs. Si l'on examine les régions où on le note, on constate que ce sont toujours les mêmes départements qui restent le plus atteints et qu'à ce point de vue on peut partager la France en trois groupes. Le plus important répond aux départements du Midi ; le second groupe comprend les régions en bordure de la Manche ; enfin le troisième groupe renferme les départements compris entre la Touraine et la mer. OZENNE.

Achorion Schönleinii, morfologia, biologia e clinica, par A. MARIANELLI (1 *broch. in*-8 *de* 56 *pages*, *Pise*, 1892).

Marianelli a étudié à la clinique de C. Pellizzari 172 cas de favus ; sur 29 malades, dont 12 présentaient simultanément plusieurs localisations du favus, il a recueilli les matériaux de ses recherches. Dans toutes les cultures faites sur des milieux très différents, il a trouvé constamment un seul et unique champignon, dont les colonies peuvent présenter des dimensions variables, mais reprennent des caractères semblables lorsqu'on les reporte sur un autre milieu de culture ; suivant les cas, les colonies offrent également quelques différences dans l'aspect microscopique de leurs éléments et la rapidité du développement, mais ces modalités ne peuvent constituer des variétés différentes du parasite. Le milieu de culture le plus favorable au développement de l'achorion est l'agar et surtout l'agar glycériné, probablement parce qu'il se dessèche très lentement.

Les cultures, inoculées à l'homme, reproduisent le favus à la condition de ne pas employer de cultures trop anciennes, de recouvrir la partie inoculée d'un bandage et de ne pas la mouiller pendant quelques jours.

L'onychomycose favique est moins fréquente que l'onychomycose trichophytique ; l'auteur ne l'a rencontrée que 9 fois sur 309 faviques.

La guérison du favus est surtout une question de temps et de persévérance dans le traitement ; il est difficile de dire si un des modes de traitement proposés est supérieur aux autres, mais l'épilation doit jouer le rôle principal dans ce traitement. GEORGES THIBIERGE.

Weiter Erfahrungen mit Oesypus (Nouvelles expériences sur le suint), par IHLE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 10).

Ce corps peut être employé comme excipient, pur ou mélangé avec une quantité égale d'huile d'olive ; il a donné à Tænzer et à l'auteur les

meilleurs résultats dans le traitement de différentes formes d'eczéma, surtout chez les enfants, dans l'impetigo, dans le sycosis coccogène, ainsi que dans les brûlures, le prurigo et le prurit. Il n'est nullement irritant : on ne peut lui opposer que sa mauvaise odeur; on peut faire le même reproche à l'ichthyol, au goudron et à l'iodoforme qui tiennent néanmoins leur place dans la pratique courante. H. HALLOPEAU.

Sui periodi di rinvigorimento della sifilide, par C. PELLIZZARI (*La Riforma medica, p.* 541 *et* 555, 27 *et* 29 *août* 1892).

La gravité et la virulence de la syphilis sont sujettes à des oscillations qui ne permettent que difficilement de se rendre compte de la valeur prophylactique des règlements sanitaires. La fréquence des cas de syphilis varie suivant les périodes. Pellizzari a remarqué que la gravité de la syphilis avait été bien moins considérable pendant la période 1886-1888 que pendant la période 1889-1891 et s'était traduite par une différence dans la fréquence des chancres multiples (8 fois sur 178 cas de syphilis récente dans la première période, 39 sur 356 dans la seconde), des chancres extra génitaux (3 et 12), dans les récidives de gommes (8 e 33), il n'a observé de cas de réinfection syphilitique qu'en 1881 et en 1891; mais il ne saurait dire si cette différence de gravité tient à une augmentation de la virulence ou à une diminution de la résistance de l'organisme. Cependant il a remarqué que l'influenza avait déterminé une augmentation de la gravité de la syphilis, donnant lieu à des manifestations syphilitiques se produisant peu après l'influenza chez d'anciens syphilitiques et à l'infection de leurs femmes peu après une attaque d'influenza par des hommes syphilitiques depuis longtemps. GEORGES THIBIERGE.

Sulla opportunità di operare il fimosi che complica l'ulcera venerea, par G. SALSOTTO (*Il Morgagni, p.* 247, *avril* 1892).

L'amputation du prépuce est indiquée dans les cas de chancre simple atonique de l'orifice préputial en phimosis, même s'il y a coexistence de lymphangite ou d'adénite, pourvu qu'on n'ait pas à craindre un chancre endopréputial. Avec la cautérisation préventive du chancre et une antisepsie scrupuleuse, on peut presque annoncer à l'avance la réunion immédiate. Si celle-ci ne se produit pas et si la plaie s'inocule, l'ulcère qui en résulte a toujours une marche bénigne, parce qu'il est soustrait à l'influence du contact de l'urine et qu'on peut y appliquer un pansement permanent.

Le débridement du prépuce ou l'excision d'une partie du prépuce est indiqué dans les cas de phimosis phlegmoneux ou gangréneux provoqué par la présence d'un chancre simple sous le prépuce. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel, par Puyo MEDINA (*Thèse de Paris*, 25 *juillet* 1892).

Le phagédénisme du chancre syphilitique érosif est très rare; l'auteur n'en a relevé que quatre cas dans le service de Fournier. Comme pour tous les phagédénismes, son apparition est favorisée par un certain nombre de conditions (malpropreté, négligence, situation particulière exposant les chancres à être souillés par l'urine, les matières fécales, la

sueur). Les principaux caractères cliniques de ce chancre érosif phagédénique sont : sa superficialité extraordinaire, son contour sinueux géographique, son absence presque complète d'induration; l'adénopathie seule existe pour faire le diagnostic. Le traitement est surtout local et antiseptique, et à ce titre, comme dans tous les phagédénismes, les grands bains sont indiqués. P. MERMET.

Myxœdem auf Syphilis beruhend, par R. KŒHLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 30, *p.* 743, 25 *juillet* 1892).

Femme de 48 ans; en novembre 1890, frissons répétés, céphalalgie surtout nocturne, étourdissements fréquents pendant la marche, inhabileté manuelle, diminution de la vue, de la mémoire et des autres facultés. Sensation de gonflement de la langue et du palais, parole difficile; peau sèche ne suant jamais. En même temps, tuméfaction lentement croissante de la face et du cou, ensuite des mains, puis apparition de tumeurs à la face antérieure du cou. Amélioration de ces derniers symptômes à la suite de frictions mercurielles.

En février 1891, le maximum du gonflement cervical siège au niveau du triangle médian compris entre le cartilage thyroïde et l'échancrure sternale. Toute cette région est occupée par une tumeur dure, sous-cutanée, offrant de nombreuses bosselures; une partie au moins de cette tuméfaction est formée par des ganglions, ainsi qu'on s'en assure par une incision. La palpation du corps thyroïde est impossible. Nulle part les régions tuméfiées ne gardent l'impression du doigt.

Six mois plus tard, le gonflement des mains a disparu et celui du cou est moindre. Immédiatement au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, se trouve une profonde ulcération, atteignant jusqu'au sterno-mastoïdien, ayant tout à fait l'aspect d'une gomme ulcérée. A la partie supérieure, au niveau de l'os hyoïde, il y a une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, revêtue par une peau œdémateuse et rouge, paraissant prête à se rompre. L'incision montre néanmoins qu'il s'agit d'une tumeur solide formée de tractus fibreux, gris ou jaunâtres.

Céphalée seulement nocturne. Léger gonflement des ganglions cervicaux et inguinaux. Pas d'autres symptômes de syphilis.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, l'ulcération s'est cicatrisée et la tumeur cervicale a disparu. La peau indurée, ligneuse a fait place à une peau souple; les cordons cicatriciels n'existent plus. Le palper du corps thyroïde, redevenu possible, montre qu'il est de consistance normale, nullement atrophié; son lobe droit semble même hypertrophié. L'état général et même les facultés intellectuelles ont éprouvé aussi de l'amélioration. J. B.

I. — Syphilis ulcéreuse du gros et du petit intestin, par E. HAHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 542, 30 *mai* 1892).

II. — Della sifilide intestinale, par P. de MICHELI et SORRENTINO (*La Riforma medica*, *p.* 302, 3 *août* 1892).

I. — Femme de 33 ans, épuisée par la suppuration rectale à laquelle Hahn voulut remédier en faisant la colotomie antérieure gauche.

Quelques semaines plus tard la malade succomba à l'inanition provoquée par des vomissements incoercibles. A l'autopsie, on constata une rectite ulcéreuse intense, onze vastes ulcérations dans l'iléon, variant de l'étendue d'une pièce de 1 marc à celle d'une pièce de 5 marcs, et un rétrécissement étroit, long de 8 centimètres, siégeant aussi dans l'iléon, immédiatement au-

dessus du cœcum, une dégénération amyloïde très avancée de la rate et des reins, pas de péritonite. J. B.

II. — Deux autopsies de syphilis intestinale, avec peu ou pas de renseignements cliniques. Dans les deux cas les lésions étaient constituées par des plaques dures, arrondies ou allongées dans le sens transversal, saillantes du côté de la muqueuse, irrégulières à leur surface, ulcérées en certains points, avec diminution, dans un cas, du calibre de l'intestin qui était augmenté dans l'autre. A l'examen microscopique, infiltration de petites cellules occupant les diverses couches de la paroi intestinale, principalement la sous-muqueuse et les deux couches musculaires ; par places, les cellules sont réunies en amas présentant la structure des gommes ; les artères sont le siège de lésions portant sur leur tunique interne.

Dans les deux cas, les auteurs ont constaté la présence d'un bacille présentant les caractères morphologiques et les réactions de coloration du bacille du Lustgarten : ils attribuent à la constatation de ce bacille une grande importance au point de vue du diagnostic de la nature syphilitique des lésions.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber Syphilis der Mundschleimhaut, par NEUMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 128, 8 *février* 1892).

Neumann soutient que dans la muqueuse bucco-pharyngée, comme ailleurs, les phénomènes tertiaires de la syphilis se manifestent aux endroits mêmes où se sont antérieurement produites des manifestations de la maladie. Il reste, en ces points, au voisinage des vaisseaux, des cellules rondes, dont la prolifération peut, après des années, produire de nouvelles efflorescences. C'est ainsi que Neumann a vu, au niveau du vestibule vulvaire, apparaître un ulcère à bords décollés, sur l'emplacement même qu'avait occupé le chancre 3 ans 1/2 auparavant ; chez un autre malade, au niveau de l'urètre, se développer une gomme, là précisement où s'était trouvé le chancre 3 ans auparavant. Dans la cavité buccale, il a observé également les mêmes phénomènes sur les amygdales.

Neumann a dirigé également son attention sur l'état des muscles du voile palatin et du pharynx chez les syphilitiques. Dès les premiers stades de l'affection, il a constaté une myosite aiguë.

Ainsi s'explique, outre l'exquise sensibilité et la parésie du voile, sa soudure avec la paroi pharyngée. En effet, un muscle sain, en se contractant romprait d'une façon continue, les adhérences que les bourgeons charnus forment entre le voile du palais et la paroi du pharynx. J. B.

Traitement de la syphilis, par A. FOURNIER (*Un vol. Paris*, 1893).

Le traitement de la syphilis doit viser non pas un accident, mais toute la maladie dans ses formes graves ou bénignes. Tout le livre est le développement de cette importante vérité.

Fournier n'est pas favorable à l'idée du traitement abortif de la syphilis par la destruction du chancre, quel que soit le procédé employé. Les prétendus succès de cette méthode sont contestables à divers points de vue ; elle a échoué dans des cas d'excision même très précoce et les échecs surtout sont éclatants dans les cas où une confrontation a été établie.

Le remède le plus actif à opposer à la syphilis, surtout pendant la période secondaire est le mercure. Ce remède exerce une action curative

sur toutes les manifestations de la syphilis ; il ne guérit pas seulement ces manifestations, mais il influence la cause même des accidents, la maladie. Son action préventive modifie clairement l'aspect de la période secondaire si riche en accidents, quand la syphilis est livrée à elle-même, et qui se réduit, sous l'influence du mercure, à quelques manifestations superficielles et bénignes. Cette action préventive atteint aussi la période tertiaire, comme le prouve la rareté des manifestations tertiaires sur les sujets correctement traités comparées à leur fréquence considérable sur les sujets insuffisamment traités. Même action préventive exercée sur l'hérédité syphilitique : au total cette action préventive constitue le bénéfice capital de la médication mercurielle dans la syphilis.

Les frictions mercurielles restent encore une des bonnes méthodes d'administration du mercure. Malgré certains désavantages elles constituent un traitement actif et puissant comme effets thérapeutiques ; elles respectent les voies digestives qu'elles laissent libres pour d'autres remèdes. Mais la fréquence de la stomatite, leur inégalité d'action et divers autres inconvénients les rendent peu propres à constituer une méthode courante, habituelle, dans le traitement de la syphilis.

Les fumigations mercurielles sont peu pratiques, incertaines dans leurs résultats, dangereuses quelquefois.

Les injections de préparations mercurielles solubles ont une action puissante et rapide, applicable surtout aux accidents secondaires d'ordre superficiel. Leur inconvénient principal est de causer des douleurs renouvelées à chaque injection quotidienne. De plus, la multiplicité des nodosités cutanées finit par devenir extrêmement pénible.

La méthode des injections massives préconisée par Scarenzio et par Smirnoff a été très perfectionnée dans ces dernières années ; le calomel et l'oxyde jaune en suspension dans l'huile de vaseline, l'huile grise, sont les préparations le plus fréquemment employées. Les doses trop fortes employées primitivement ont été réduites à cinq ou sept centigrammes de mercure en sorte que les inconvénients locaux ont été amoindris. Toutefois les nodosités inflammatoires, les foyers de suppuration aseptique sont inévitables. Ces ingestions massives ont été suivies quelquefois d'embolies pulmonaires, elles ont causé des stomatites et des dysenteries suivies de mort. Le danger, c'est que la méthode introduit dans l'organisme une forte dose de mercure sans avoir la possibilité d'en régler l'absorption ; en outre le médecin cesse dès lors de pouvoir mesurer la médication. En somme, malgré certains avantages incontestables, malgré sa réelle activité, ce traitement n'est à conserver qu'à titre d'exception.

Le traitement par injection du mercure est le plus facile et le plus commode dans la pratique. De nombreux composés mercuriels sont journellement proposés par les auteurs, mais les plus généralement employés sont le protoiodure et le sublimé ; celui-ci est mieux toléré par l'intestin et moins bien par l'estomac ; avec le protoiodure au contraire la tolérance gastrique est plus facilement assurée ; il permet aussi de réaliser des effets plus intenses, en raison d'une liberté plus étendue pour élever les doses. Celles-ci seront en moyenne de dix centigrammes par jour pour un adulte ; avec le sublimé la dose est de deux à trois centi-

grammes ; ces doses varient nécessairement suivant la nature des symptômes à combattre et aussi suivant les malades. Comme pour les autres traitements, les doses seront individualisées.

Pour l'iodure de potassium les doses moyennes sont de deux à trois grammes, les doses intensives de 6 à 12 grammes et pour conserver au remède l'intégralité de son action il faut le prescrire à doses ascendantes. L'iodure n'est pas indispensable au traitement de la syphilis comme le mercure, il a une action très insuffisante contre la plupart des lésions secondaires, et son action préventive est bien inférieure à celle du mercure. Aussi la guérison d'un accident tertiaire par l'iodure doit être toujours suivie d'un traitement par le mercure. Pour le traitement mixte l'auteur préfère l'administration séparée de l'iodure et du mercure qui permet une graduation plus facile des deux remèdes, principalement quand il devient nécessaire d'élever les doses de chacun d'eux.

Il convient de commencer le traitement de la syphilis dès que le diagnostic est fait avec certitude. Le traitement ne doit pas être fait seulement pour effacer les accidents, mais dans un but préventif. C'est la méthode préventive qui rend la période secondaire légère et tolérable, qui pour la grande majorité des cas, rend la période tertiaire muette et inoffensive ; c'est elle qui constitue le plus sûr recours que nous puissions offrir aux malades. Dans la pratique il y a tout avantage à administrer le mercure et l'iodure par cures intermittentes et espacées, mais il est nécessaire que le traitement soit longtemps prolongé. Actuellement la génération médicale réagit de plus en plus contre les traitements écourtés d'autrefois et adopte la formule pratique de l'éminent professeur : à maladie chronique traitement chronique. Ce traitement consiste en une série de cures mercurielles d'abord, iodurées plus tard, échelonnées au cours des premières années de la maladie et séparées les unes des autres par des stades de repos d'autant plus prolongés qu'on s'éloigne davantage du début de l'infection. Ce traitement peut avoir des échecs mais il a des résultats heureux pour la grande majorité des cas. Il est surtout important d'inaugurer le traitement par une première cure énergiquement répressive, car elle peut avoir pour effet de retarder l'explosion d'accidents tertiaires jusqu'à des échéances très éloignées. Il est nécessaire de plus de maintenir le traitement dans les cures successives qui le composent à un taux d'intensité réellement thérapeutique. Il faut repousser comme dangereuses les cures multiples à doses insuffisantes, presque inertes qui sont formulées trop souvent. — La place nous manque pour apprécier cet ouvrage comme il conviendrait, quiconque le lira reconnaîtra qu'il ne pouvait être écrit que par le médecin qui a aujourd'hui dans le monde entier la connaissance la plus approfondie de l'infection syphilique.

F. BALZER.

I. — De l'hémothérapie de la syphilis, par TOMMASOLI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXVII*, 3 *et* 4).

II. — Blutserum injectionen gegen Syphilis, par A. KOLLMANN (*Deutsche med. Woch., n°* 36, *p.* 806, 1892).

I. — Dans douze observations de malades traités par les injections de sérum de mouton ou de bœuf, les accidents syphilitiques ne cessèrent qu'à

la dixième injection dans trois cas, dans un cas à la neuvième, dans les autres ils cédèrent constamment avant la sixième. Il faut remarquer que ces injections étaient faites rapidement dans l'espace de 10 à 15 jours. A part trois cas, les injections de sérum donnèrent une guérison non suivie de récidive. On injectait à chaque séance 6 centimètres cubes de sérum dans la fesse. Ces injections causent quelquefois de la fièvre, un malaise général avec troubles gastriques, de la pâleur et de la faiblesse générale, plus rarement de l'hypothermie. On a noté aussi quelquefois des érythèmes scarlatinoïdes ou érysipélatoïdes; cet érythème dans un cas s'accompagna d'otalgie, d'angine et d'albuminurie. L'auteur signale encore deux abcès et divers inconvénients de moindre importance, douleurs pharyngées et laryngées, épistaxis, diarrhée. Ces mêmes injections de sérum essayées dans trois cas de lupus et un cas d'ulcère rodens ne donnèrent aucun résultat favorable. F. BALZER.

II. — Contrairement à Tommasoli, l'auteur a vu les injections de sérum d'animaux (réfractaires *a priori*) échouer complètement chez 3 malades.

1° Un homme de 24 ans ayant subi, peu de temps après l'apparition de chancre des injections de sérum de chien (9 centimètres cubes) et de lapin (5 centimètres cubes) dut cependant être soumis aux frictions pendant 40 jours ; trois mois après la cure il eut des papules récidivantes ;

2° Un homme de 32 ans reçoit en 11 jours, avant l'apparition des accidents secondaires, 3 centimètres cubes de sérum de veau, 14 de sérum de chien, 6 de sérum de lapin. Après un mois de traitement mercuriel, il a encore des accidents; au bout de six mois survient la récidive;

3° Femme de 23 ans recevant des injections de 25 centimètres cubes de sérum de mouton en 17 jours sans que les condylomes et les ganglions soien mortifiés. On a recours au sublimé. De nouvelles injections de sérum de chien et de veau n'accélèrent pas la guérison. L. GALLIARD.

Ist die sogenannte gemischte Behandlung der tertiären Syphilis nothwendig? (Le traitement mixte de la syphilis tertiaire est-il indispensable?) par PETRINI (*Wiener medizinische Presse*, 2 *octobre* 1892).

La plupart des auteurs conseillent comme thérapeutique de la syphilis tertiaire le traitement mixte, d'autres l'iodure de potassium seul, mais la division dogmatique de la syphilis en primaire, secondaire et tertiaire, ainsi qu'elle était anciennement comprise, ne pouvant plus être admise et les accidents dits tertiaires (gommes, tubercules, ulcérations, exostoses, syphilis ccérébrale) pouvant survenir très peu de temps après l'accident primitif, avant même les accidents dits secondaires, Petrini préconise le mercure seul, craignant l'action cachectisante de l'iode à haute dose sur des malades très anémiés déjà par la gravité de leur syphilis. Il cite 44 cas graves de syphilis tertiaire exclusivement traités et guéris par le mercure (tannate d'Hg, frictions, injections sous-cutanées de sublimé). Le traitement général des malades est complété par les toniques, le fer, l'arsenic, les bains sulfureux, les bains de mer. CART.

Ueber Paraffinembolie der Lungen... (Embolies de paraffine dans les poumons à la suite d'injections intramusculaires de mercure), par BLASCHKO (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, *p.* 965, 1892).

Blaschko se loue du salicylate de mercure dont il injecte, deux fois par

semaine, une dose de 10 centigrammes dans la région fessière. Il fait en tout une quinzaine d'injections aux syphilitiques.

Comme véhicule, il emploie la paraffine liquide. Sur 2,500 injections, aucune n'a provoqué d'abcès; mais, dans deux cas, il a attribué à des embolies paraffiniques certains accidents consécutifs aux injections.

1° Homme de 25 ans, éprouvant, peu après l'injection, de la dyspnée, puis ayant un accès de toux et bientôt des douleurs au côté droit. Le troisième jour, cyanose, respiration accélérée, zone de matité en avant, au-dessus du foie, diminution du murmure vésiculaire; plus tard, râles crépitants. Apyrexie; guérison rapide;

2° Homme de 40 ans; accès de toux immédiatement après l'opération, point de côté à gauche. Le second jour, au sommet gauche, expiration soufflante et quelques râles crépitants. La température ne dépasse pas 38°2. Le septième jour, guérison. L. GALLIARD.

Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reincultur, par C. GEBHARD (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, *p.* 237, 14 *mars* 1892).

Bumm, qui avait mis en doute (*R. S. M.*, XXXIX, 630) les résultats des cultures du gonocoque entreprises par Wertheim, a reconnu depuis leur exactitude.

Gebhard, en suivant la technique de Wertheim (*D. med. Woch.*, 1891, n° 50), a réussi dans 7 cas de blennorragie féminine et dans un cas d'ophtalmie, à obtenir sur plaques des cultures pures du microcoque de Neisser qu'il a pu inoculer dans l'urètre de l'homme.

Il s'est servi, comme milieu nourricier, d'un mélange à parties égales de sérum sanguin et d'agar peptonisé avec une infusion de viande.

J. B.

Colture del gonococco a scopo clinico, par A. RISSO (*La Riforma medica*, *p.* 507, 24 *mai* 1892).

Au moyen de pus provenant d'une blennorragie de dix jours, l'auteur a fait des cultures sur le sérum du sang placentaire additionné de deux fois son volume d'agar (méthode de Gehbard). Il a obtenu des cultures qui, déjà apparentes au bout de 24 heures sous forme de petites saillies punctiformes transparentes formaient, le troisième jour, des saillies hémisphériques du volume d'une tête d'épingle, légèrement blanchâtres à leur partie centrale et qui, au quatrième jour, étaient plus aplaties à leur périphérie, dentelées sur leurs bords, plus nettement blanchâtres à leur centre; au bout de sept ou huit jours, elles ne s'étendaient plus et se desséchaient en formant une mince pellicule. Ces cultures formées de diplocoques isolés ou réunis deux par deux dans leurs premières périodes, renfermaient lorsqu'elles devenaient plus âgées des cocci plus petits, isolés ou réunis aux diplocoques; transportées sur le bouillon, la gélatine, l'agar pur, elles sont restées stériles, tandis que sur l'agar additionné de sérum, elles ont donné de nouvelles cultures semblables aux premières; inoculées dans la chambre antérieure de l'œil d'un cobaye, elles y ont produit une suppuration à gonocoques. En résumé, si le terrain de culture est d'une préparation difficile, la culture s'y produit facilement et peut être utile pour le diagnostic. GEORGES THIBIERGE.

La blennorragie maladie générale, par SOUPLET (*Thèse de Paris*, 1893).

Une maladie infectieuse peut avoir cliniquement toute l'apparence d'une maladie locale. Cette notion dans l'état actuelle de la science ne peut pas sans doute être étendue à tous les cas de blennorragie, mais la multiplicité des preuves données par l'auteur permet difficilement de nier aujourd'hui la réalité de l'infection blennorragique. Le gonocoque de Neisser, malgré des travaux contradictoires, est l'agent spécifique de de la blennorragie. Sa pénétration dans le sang est probable, il en est de même pour certains organes, le cœur, les articulations, le péritoine, etc. Il est remarquable par sa longue persistance dans les cas chroniques où on le retrouve parfois pendant plusieurs années. Ses voies de pénétration dans l'organisme sont jusqu'ici peu connues, certains auteurs pensent qu'il suit la voie des vaisseaux lymphatiques. A côté du gonocoque, mais sans détruire sa prédominance, d'autres microbes tiennent une grande place et il est très probable que certaines complications de la blennorragie doivent leur être attribuées; mais il n'est nullement prouvé que ces microbes et notamment les microbes pyogènes puissent tenir le rôle le plus important dans l'infection blennorragique.

La péricardite, l'endocardite blennorragiques sont nettement établies par un certain nombre d'observations; l'endocardite toutefois accompagne le plus souvent le rhumatisme. Quelques faits tendent aussi à faire admettre l'existence de la phlébite blennorragique. Les manifestations rénales sont de celles qui ont le plus de valeur au point de vue de la démonstration de l'infection génerale. Elles montrent la blennorragie se comportant comme les autres maladies infectieuses. Les faits qui sont les plus irrécusables sont ceux dans lesquels, en dehors de tout signe de cystite, on voit survenir des albuminuries abondantes, persistantes, accompagnées le plus souvent de symptômes généraux. L'ensemble des signes de ces albuminuries se rapporte à une lésion rénale diffuse, attribuable à l'action des toxines. La sciatique, les névrites, les manifestations méningo-médullaires, montrent l'action de la blennorragie sur le système nerveux périphérique et central. Leyden affirme qu'il est impossible de douter de la nature blennorragique de certaines myélites. Il en est de même des périostites, des pleurésies et surtout des manifestations rhumatismales, oculaires et cutanées. Même dans les cas non compliqués il existe presque toujours un ensemble de signes, fièvre légère, état gastrique, anémie, etc... qui indiquent une atteinte portée à l'état général.

F. BALZER.

Ueber gonorroische Myelitis, par LEYDEN (*Zeitsch. für klin. Medicin.*, *XXI*, *p.* 607-620).

L. rapporte un cas de myélite blennorragique, chez un homme de 27 ans. L'évolution des symptômes fut celle d'une myélite transversale aiguë. On trouva par le cathétérisme de l'urètre du pus renfermant des gonocoques. Le malade succomba rapidement. A l'autopsie, il existait une méningomyélite dorsale avec intégrité complète de la substance grise et de très moyenne intensité. La méningomyélite s'étendait sur une hauteur correspondant a plusieurs vertèbres. Cette lésion relativement légère avait amené une paraplégie presque complète d'emblée avec paralysie flasque des jambes et disparition presque complète du réflexe rotulien. Les troubles variés de la sensibilité semblent

avoir été surtout le résultat de l'infiltration pie-mérienne. La mort survint moins du fait de la myélite si légère qu'elle aurait sans doute fini par guérir, que des complications : cystite hémorragique ulcéreuse, grave, phlegmon rétropéritonéal, péricystite, péritonite fibreuse sèche, bronchopneumonie trouvées également à l'autopsie. A.-F. PLICQUE.

Traitement de l'urétrite chronique, par TRZCINSKI (*Arch. f. Derm und Syph.*, *XXV*, 2, 1892).

L'auteur pratique avec quelques modifications la méthode proposée par Neisser des irrigations journalières de l'urètre avec des solutions de nitrate d'argent au 1/6000 ou au 1/8000. Les irrigations sont faites avec la sonde de Guyon que l'on retire lentement du canal de manière à ce que le liquide baigne toute la surface de la muqueuse. L'auteur ne donne pas de statistique, mais les guérisons seraient nombreuses. Elles seraient obtenues en deux ou trois semaines dans les cas les moins anciens, en deux ou trois mois dans les cas invétérés. F. BALZER.

Traitement de la blennorragie par les injections de permanganate de potasse, par Auguste REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande*, *XII*, 384, *juin* 1892).

A. Reverdin nie l'utilité des balsamiques et plus généralement de la médication interne dans la blennorragie urétrale. Depuis 8 ans, il a uniquement recours aux injections de permanganate de potasse au 1/5000, à la dose de 1 1/2 litre, répétées au plus 2 fois par jour. Il les pratique sur le malade debout sans avoir jamais noté d'accidents. L'affection, ancienne ou récente, est ordinairement guérie en une quinzaine (*R. S. M.*, XVII, 214; XX, 662.) J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traité de chirurgie, publié sous la direction de S. DUPLAY et P. RECLUS (*tomes VI, VII, VIII, Paris*, 1890-1892.)

C'est à quelques semaines près dans les délais prévus et promis que le *Traité de Chirurgie* a été achevé : on a donc maintenant entre les mains un livre dont les premiers volumes ne retardent pas sur les derniers, et c'était difficile à une époque où les progrès de la chirurgie sont si rapides. Et nous ajouterons que les derniers volumes sont peut-être meilleurs que les premiers, ce qui s'explique, d'ailleurs, sans peine par le plus long temps dont les auteurs ont pu disposer.

Dans le tome VI nous trouvons : 1° les maladies de la poitrine, par Peyrot ; 2° les maladies de la mamelle, par P. Delbet ; 3° celles de la paroi abdominale, par P. Michaux ; 4° les lésions traumatiques de l'abdomen, les lésions de l'estomac et de l'intestin, les péritonites, par Jalaguier : c'est sans contredit une des parties les plus remarquables de l'ouvrage ;

5° les hernies, par Berger, dont chacun sait la compétence sur ce point; 6° l'anus contre nature et les fistules stercorales, par Chaput.

Le tome VII comprend : 1° les maladies du rectum, par Potherat. Cette étude pourra subir plus tard quelques retouches; 2° mésentère, pancréas, rate, par Quénu; 3° foie et voies biliaires, par Segond : partie fort intéressante sur ces questions, toutes d'actualité; 4° bassin, par Ch. Walther; 5° rein, uretère, vessie, par Tuffier; 6° urètre, prostate, par Forgue.

Enfin le tome VIII est constitué par : 1° organes génitaux, par Reclus, auteur d'une compétence spéciale sur ce point; 2° vulve et vagin, par Michaux; 3° utérus, par P. Delbet; 4° annexes de l'utérus, par P. Segond; 5° membres, par Kirmisson, qui, lui aussi, se trouve là tout spécialement dans son élément. BROCA.

Études de clinique chirurgicale (année 1890-1891), par LE DENTU (*In-8° de 300 pages, Paris*, 1892).

Ce livre nous fait tout d'abord connaître la statistique de plus de 400 opérations pratiquées du 1er octobre 1890 au 1er octobre 1891, dans le service de l'hôpital Necker et n'ayant donné au total qu'une mortalité de 6 0/0.

Dans une seconde partie, se succèdent vingt leçons, sur des sujets très divers, et dont voici quelques titres : Délires post-opératoires, tuberculoses externes, origine parasitaire supposée du cancer, traitement de la rétraction cicatricielle des mâchoires, suppurations aiguës de la main et de l'avant-bras, indications et résultats du curetage utérin, grossesse extra-utérine, etc.

La troisième partie comprend 57 observations, empruntant leur intérêt soit à leur rareté, soit à certaines particularités d'évolution des maladies qui en fournissent la substance, soit encore à leur actualité. Ces observations sont réparties en 6 groupes : os et articulations, tumeurs, crâne et rachis, appareil digestif, paroi abdominale, foie et reins, injections de tuberculine. MAUBRAC.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par GROSS, ROHMER et VAUTRIN (*T. III, Paris*, 1893).

Ce troisième volume termine le traité de pathologie et de clinique chirurgicales publié par Gross. Il contient les maladies des organes urinaires et génitaux de l'homme et de la femme, et des membres.

Les auteurs ont apporté dans la rédaction de ce troisième volume les mêmes soins, la même clarté et toute l'exactitude que l'on avait déjà constatés dans les deux volumes précédents. L'histoire de chaque affection est tracée avec méthode et chaque chapitre est accompagné d'indication bibliographiques exactes et judicieusement choisies.

C'est un excellent traité, conçu dans un esprit clinique bien pratique, et qui se recommande aux élèves qui pourront y étudier avec facilité la pathologie chirurgicale. MAUBRAC.

De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante, par P. RECLUS (*Semaine méd.*, *25 janvier* 1893).

Dans cette leçon, R., qui est un partisan décidé de ce mode d'anes-

thésie, retrace les règles à suivre pour obtenir sans danger une bonne insensibilisation. Il n'emploie jamais que des solutions à 1 ou 2 0/0 et préfère multiplier, s'il est besoin, les injections que de les faire avec une solution plus concentrée. La solution doit être faite par une injection traçante dans l'épaisseur du derme ; en quelques minutes, l'analgésie est obtenue et le bistouri n'a plus qu'à suivre exactement la ligne d'injection pour que les tissus soient divisés sans douleur.

R. a une pratique imposante de ce procédé et n'a jamais eu l'ombre d'un accident dans ses 1,937 interventions de tout genre, depuis des ouvertures d'abcès, des tumeurs de petit volume, jusqu'à de grandes opérations, cure radicale de hernie, castration, ablation d'hémorroïdes, amputation de doigts, etc. A. CARTAZ.

Die Methode der Wiederbelebung... (**Méthode pour rappeler à la vie les morts apparents après inhalations de chloroforme**), par **MAASS** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 265, 21 *mars* 1892).

Maass rapporte deux observations d'accidents syncopaux graves, survenus à la clinique de Kœnig, chez des enfants chloroformisés. L'incision de la trachée chez l'un d'eux, non plus que, chez tous deux, les compressions rythmiques de la région cardiaque, préconisées par Kœnig, ne purent réussir à ranimer d'une façon durable les petits malades. C'est alors qu'après plus d'une heure d'efforts et, désespérant du succès, Maass eut l'idée d'accélérer le rythme des compressions précordiales, ce qui eut pour résultat de rappeler définitivement à la vie les deux enfants. Voici comment il conseille de procéder :

On se place au côté gauche du malade, la face tournée vers sa tête. Par des mouvements énergiques et rapides (120 au moins par minute, tandis que Kœnig n'en pratique que le quart ou le tiers au plus), on déprime profondément la région du cœur, en appliquant l'éminence thénar de la main droite ouverte entre le lieu où bat la pointe et le bord gauche du sternum. La main gauche entoure le côté droit du thorax du malade, afin de fixer son corps, ce qui facilite les manœuvres. Leur succès se traduit par le retour du pouls carotidien et le rétrécissement des pupilles.

Une condition indispensable de réussite est un certain degré d'élasticité de la cage thoracique. J. B.

Nature of shock, par DABNEY (*Med. News*, *p.* 625, 3 *décembre* 1892).

D'après cette étude, le choc ne serait pas dû à un spasme du cœur ou des vaisseaux. Souvent il reconnaît pour cause, la parésie du pneumogastrique soit directement, soit par réflexe, à la suite de lésion d'autres nerfs (certains poisons agissant par action directe causent aussi des symptômes très semblables à ceux du choc).

Il est contestable que le choc puisse être dû à une action inhibitoire du pneumogastrique sur le cœur; quelques cas de mort subite par choc, peuvent cependant être expliqués par ce mécanisme.

Très fréquemment le choc est dû à la dilatation des vaisseaux de la cavité abdominale : cette dilatation est souvent accompagnée d'une parésie du pneumogastrique. MAUBRAC.

Die Sterilitaet der antiseptisch behandelten Wunden unter dem antiseptischen Verbande, par TAVEL (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 13, *p.* 393, *et n°* 14, *p.* 436, 1er *et* 15 *juillet* 1892).

Tavel a pratiqué ses recherches sur 107 opérations de Kocher, comprenant 31 ablations de goître, 18 résections (hanche, genou, etc.), 13 amputations du sein, etc. L'antisepsie opératoire était réalisée de la façon suivante :

La veille, bain du malade et rasage des téguments du champ opératoire. Ebullition des instruments dans l'eau. Nettoyage des mains avec de l'eau chaude, du savon et la brosse, puis stérilisation dans la solution acide de sublimé au millième ; même traitement pour la peau du champ opératoire. Séjour dans la solution de sublimé des matériaux de pansement. L'opération terminée, irrigation de la plaie avec le sublimé, puis lavages avec de l'eau salée. Drains de verre ayant subi l'ébullition et conservés dans la liqueur de sublimé. Pour reconnaître si les plaies ainsi pansées et drainées étaient stériles ou non, Tavel a inoculé 126 de leurs drains dans la gélatine.

36 fois le terrain inoculé est resté absolument stérile (même après séjour à l'étuve) ; 31 fois il y a eu végétation du coccus epidermidis albus non liquéfiant ; 13 fois du coccus epidermidis albus sans indication sur son pouvoir liquéfiant; 8 fois du coccus epidermidis albus liquéfiant; 11 fois du staphylocoque blanc ; 8 fois du staphylocoque doré ; 2 fois des staphylocoques doré et blanc ; 1 fois d'un staphylocoque sans indication de couleur ; 2 fois des coques épidermiques liquéfiant et non liquéfiant ; 1 fois du coque épidermique blanc et du staphylocoque blanc ; 5 fois du coque épidermique blanc et de bacilles ; 1 fois du staphylocoque doré et du streptocoque pyogène ; 1 fois du bacille fluorescent ; 1 fois du bacille banal du côlon et du bacille mobile du colon ; 3 fois d'un coque douteux; 2 fois d'un bacille douteux.

Sur ces 107 opérations, 94 ont guéri sans incidents ; 13 (avec 15 drains inoculés), ont été infectées, à savoir : 7 par le staphylocoque doré seul ; 1 fois par les staphylocoques doré et blanc ; 1 fois par le staphylocoque doré et le streptocoque pyogène ; 1 fois par le staphylocoque blanc ; 1 fois par un staphylocoque dont la couleur n'est pas indiquée ; 1 fois par un coque rose ; 2 fois par le coque épidermique blanc ; 1 fois sans qu'on ait trouvé de microbes.

Une fois Tavel a constaté le staphylocoque doré seul dans le drain d'une plaie réunie par première intention ; dans les mêmes conditions, il a trouvé une autre fois, simultanément, les staphylocoques doré et blanc et 10 fois le staphylocoque blanc.

Tavel conclut : Le pansement antiseptique d'une plaie traitée antiseptiquement recèle 2 fois sur 3 des microorganismes, mais ce ne sont en général que des coques épidermiques inoffensifs ne troublant en rien l'évolution de la plaie. Lorsqu'on trouve le staphylocoque doré, on peut pronostiquer avec beaucoup de probabilité que la guérison de la plaie sera troublée.

L'existence du staphylocoque blanc n'est qu'exceptionnellement liée à une infection de la plaie.

Sous le nom de coccus epidermidis, Tavel a, de son aveu, réuni sans

doute différentes espèces de coques, les uns blancs, les autres grisâtres, liquéfiant ou non la gélatine, se développant, en partie seulement, à l'étuve, et de dimensions très variables. J. B.

De l'emploi des températures extrêmes en chirurgie. Le flambage des plaies, par FÉLIZET (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 595).

Félizet présente 38 cas d'opérations diverses pratiquées presque toutes chez des tuberculeux, résections, évidements, grattages, etc., qui ont donné 30 réunions sans suppuration.

Le moyen employé, le *flambage des plaies*, consiste à projeter et à promener sur la surface à stériliser une flamme dont la température au pyromètre est de 1,500 à 1,600 degrès centigrades. Cette flamme, promenée sur les plaies opératoires, longue et pénétrante, lèche les surfaces planes, pénètre dans les anfractuosités et laisse des surfaces nettes, séchées, aseptiques, parfaitement disposées pour la réunion.

Le gaz dont fait usage Félizet, pour obtenir cette flamme, est un mélange au tiers de vapeur d'essence minérale et d'air atmosphérique.

La technique est très simple. Le point délicat et important est de protéger les lèvres de la plaie cutanée qui sont à cet effet couvertes par des compresses de gaze, imbibées de liquides antiseptiques, Le foyer opératoire étant largement mis à nu par l'écartement des bords de la plaie, la flamme du chalumeau portée au bleu, avec jet de feu central, est dirigée sur le fond et promenée vivement sur les tissus, à la façon d'un pinceau à lavis. Elle ne doit jamais rester plus de deux secondes appliquée sur le même point, sous peine de faire des dégâts profonds. Consécutivement ni douleur, ni hémorragie. Le foyer est définitivement sec et aseptique. C. WALTHER.

Zur Kenntniss der Schussverletzungen durch das österreichische 8 mill. Mannlicher-Gewehr (Contribution à l'étude des blessures produites par le fusil autrichien Mannlicher de 8 mill.), par BOHOSIEWICZ (*Wiener medizinische Presse*, 28 *août* 1892).

Il est généralement démontré que, dans le tir à très courte distance avec les armes de guerre actuelles, les coups de feu produisent des désordres et des destructions considérables, tout particulièrement dans le foie, où, à cause de la richesse vasculaire de l'organe, ils déterminent des hémorragies rapidement mortelles. Le cas suivant est contradictoire : Nittmann, fantassin à Olmutz, reçoit à 4 pas de distance une balle de fusil Mannlicher, qui pénètre dans l'hypocondre droit, sous le 7e cartilage costal, à 4 millimètres de son articulation avec la 7e côte, pour ressortir sous la 7e côte, à 3 centimètres de l'articulation costo-vertébrale, traversant ainsi le foie de part en part, comme à l'emporte-pièce, sans déterminer aucun délabrement. Guérison complète en vingt-quatre jours. CART.

Wird das Geschoss durch die im Gewehrlauf stattfindende Erhitzung sterilisirt? (La balle est-elle stérilisée par l'échauffement qui se produit dans le canon du fusil?) par MESSNER (*München. med. Woch.*, n° 23, *p.* 401, 7 *juin* 1892).

Laissant de côté les considérations théoriques sur la chaleur pouvant être recueillie par la balle, l'auteur tire sur une plaque de gélatine

avec des balles non infectées, des balles infectées et des balles non infectées traversant un linge infecté. Régulièrement il y eut un développement de colonies dans le trou fait par la balle ; peu nombreuses dans le premier cas, très abondantes dans les deux autres. On ne peut donc compter sur la chaleur acquise par le projectile pour sa stérilisation. C. LUZET.

Contribution à la question du drainage des plaies, par E. ROOS (*Finska läkares. Handlingar, XXXV*, 1).

L'auteur a abandonné, depuis deux ans, le drainage des plaies opératoires dans un tissu sain ou dans les cas de lésions récentes. Il suture complètement les bords et badigeonne parfois les sutures avec du collodion iodoformé; d'autres fois, il s'abstient de mettre le collodion et se contente du pansement antiseptique ordinaire. Sur un total de 27 grandes opérations par le premier procédé, de 63 par le second, la guérison a eu lieu par première intention. Il repousse donc absolument le drainage primitif et ne l'emploie que s'il y a de l'inflammation ou des troubles secondaires dans la marche de la cicatrisation. A. C.

Un cas de tumeur de la protubérance, ponction du ventricule latéral pour diminuer la pression intra-cranienne, par Théodore DILLER (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 509, *novembre* 1892).

Homme, 33 ans, sans antécédents particuliers. En octobre 1890, chute sur le derrière de la tête, pas de perte de connaissance, reprend son travail. Seulement il se plaint, dès ce moment, de faiblesse, de lassitude. Il fut forcé de cesser son travail en février 1891 ; il éprouvait des sensations de vertiges qui l'effrayaient. Douleurs de tête fréquentes, occipitales et frontales. Parfois vertiges et station debout vacillante. A cette époque, perte de force musculaire dans le bras et la jambe gauches. Il restait souvent dans un état de demi-stupeur d'où on le tirait difficilement. Vision affaiblie.

La céphalalgie devient très intense. En juin 1891, on l'admet à l'hôpital. Difficulté de la miction forçant au cathétérisme.

En juillet, première crise de difficulté de la déglutition et de la parole. La céphalalgie augmente. On est forcé de l'accompagner, sa vue est tellement faible qu'il ne peut lire.

En mars 1892, on trouve l'état suivant : Pas de cicatrices au niveau du cuir chevelu. Un peu à gauche de la ligne médiane, une exostose du volume d'un pois. La face est tirée à droite, paralysie gauche complète. Parésie marquée de la jambe et du bras gauches incomplète. A la mensuration, très légère différence entre les deux côtés. Pas de thermo-analgésie, pas d'anesthésie. Augmentation du réflexe patellaire gauche. Un peu de dûreté d'oreille à gauche. Parésie des muscles droits externes de l'œil. Parole embarrassée. Il comprend les questions. Déglutition difficile. Il est constamment dans son lit et ne peut marcher, même quelques pas.

Trépanation. La dure-mère semble très tendue, et son incision amène chez le patient une violente quinte de toux qui fut suivie d'une hernie du cerveau. La fin de la quinte fut marquée par un affaissement de la hernie. La substance corticale sous la pie-mère était très congestionnée. L'exploration digitale ne révéla aucune tumeur. Ponction avec un petit trocart du ventricule latéral, Issue d'un fort jet de liquide. On retire la canule que l'on remplace par un tube à drainage. On referme la plaie sans replacer le disque osseux. Le lendemain, la température s'élève, et, le deuxième jour, la paralysie du côté gauche avait augmenté. Il eut trois ou quatre crises convulsives généralisées.

Par le tube à drainage s'écoulait constamment du liquide. On le supprime. Mais le malade est pris de dyspnée; puis d'œdème pulmonaire et meurt trente-six heures après l'opération.

A l'autopsie, entre la dure-mère et la pie-mère, on trouve une grande accumulation de liquide encéphalo-rachidien. Après avoir enlevé le cerveau, on trouve une tumeur du volume d'une noix située du côté gauche sur la protubérance, n'atteignant pas la ligne médiane, mais semblant comprimer la partie supérieure de la moelle. Cette tumeur est dure au toucher, d'apparence granuleuse. Elle semble être née du centre de la protubérance. A la coupe, il en sort un liquide épais, crémeux. Au microscope, on trouve qu'on avait affaire à un sarcome. F. VERCHÈRE.

I. — Kyste hydatique du cerveau, par LLOBET (*Revue de chirurgie*, *n°* 11, *p.* 970, 1892).

II. — Kyste hydatique multiloculaire du cerveau, par Henry MUDD (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 412, 1892).

I. — Llobet a opéré un jeune garçon de 13 ans présentant depuis deux ans des signes de tumeur cérébrale comprimant les centres psychomoteurs de l'hémisphère gauche : céphalalgie, épilepsie jacksonienne, hémiplégie totale droite, contractures du côté droit, aphasie partielle, abolition presque complète de l'intelligence et de la mémoire, diminution de la vision du côté droit avec mydriase, lenteur du pouls et de la respiration légèrement stertoreuse.

Après le renversement d'un large lambeau ostéo-cutané, tracé sur la partie gauche de la boîte cranienne (lambeau de 8 centimètres de large sur 10 de haut avec pédicule large de 3 centimètres à deux travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille), la dure-mère mise à nu était lisse et bombée; on ne percevait pas les battements du cerveau. A la pression, sensation d'une poche liquide; la ponction donna issue à du liquide eau de roche. Large incision de la dure-mère et du cerveau; issue de 260 grammes de liquide, puis extraction facile de la paroi de la poche.

Drainage de la cavité laissée dans l'hémisphère par l'ablation de la tumeur, suture du lambeau ostéopériostique.

Suites simples; ablation du tube le 3e jour; ablation des fils le 6e jour. Réunion complète.

Disparition rapide de presque tous les accidents; six mois après l'opération la guérison était complète, sauf un peu de diminution de la vision du côté droit et un défaut persistant de mémoire. Le lambeau osseux était encore, à ce moment, mobile sous la peau. C. WALTHER.

II. — Jeune fille de 12 ans, exceptionnellement développée pour son âge, se présente, se plaignant d'une céphalalgie diffuse ayant débuté un an auparavant. Au mois d'octobre 1890, on remarqua une élévation du crâne au niveau de l'oreille droite. La céphalalgie avait disparu avant que la tumeur fut notée. Celle-ci se déprimait par la pression, et donnait une crépitation parcheminée. La main et le bras gauche étaient animés de tremblement; la langue déviée du côté droit. Puis, peu à peu, l'hémiplégie s'établit. Au moment de l'examen, ni vertige, ni céphalalgie.

La tumeur siège au niveau de l'oreille droite. Cuir chevelu normal. La verticale de la tumeur mesure 2 centimètres, et horizontalement le diamètre est de 5 centimètres. Le sommet répond à 6 centimètres du conduit auditif externe. Le premier point atteint répondait certainement aux centres des doigts, au 1/3 moyen de la pariétale ascendante. L'hémiplégie atteint la face et le cou et les muscles. L'œil est peu atteint. Mais l'hémiplégie est incomplète, quelques mouvements existant encore dans les mains et le bras et dans le pied. Les muscles du cou et des extrémités présentent un tremblement spas-

modique rythmé, et surtout dominant dans l'avant-bras et le poignet. Ce tremblement augmente au moment des mouvements volontaires. Hémianopsie.

On diagnostique sarcôme probable.

Opération le 20 mars 1891. L'os fut coupé aux ciseaux, il était mou et mince. La dure-mère intacte, mais adhérente ; séparée du cerveau par une couche liquide. Absence de pulsations. Incision de la dure-mère ; un liquide clair, eau de roche, s'écoule. On agrandit l'incision et on trouve une poche kystique vidée largement ouverte. Une grande quantité de kystes de volumes différents furent enlevés avec leur contenu. Une membrane transparente resta seule au fond de la cavité creusée dans le cerveau. Croyant avoir affaire à un autre kyste, on fit une ponction. C'était probablement l'épendyme du ventricule, car un flot séreux s'échappa et se continua pendant dix-sept jours. La paroi débarrassée de la poche, fut nettoyée avec une curette-mousse des débris de kystes qui s'y trouvaient. La cavité du cerveau était du volume d'un œuf et occupait la plus grande partie des 2/3 inférieurs de la région rolandique. On laissa de la gaze comme drain et le lambeau ostéo-cutané fut replacé, le cuir chevelu suturé.

Tout alla bien jusqu'au 21e jour. A ce moment on s'aperçoit d'une hernie cérébrale et le 35e jour on rouvre la cicatrice. On explore la hernie par des ponctions, on ne trouve pas trace de récidive de kyste. La suture est refaite complètement, et pansement compressif sur la hernie. Les suites furent des plus simples, et six jours après la malade peut se lever et marcher. Sortie au bout de moins de deux mois complètement guérie. F. VERCHÈRE.

A case of metastatic abcess of the brain; operation; death, par WALTON (*Boston med. and surg. Journal*, 17 *novembre* 1892).

Un homme de 35 ans, ayant eu une pneumonie très grave en juillet 1892, tomba subitement sans connaissance le 17 août, alors qu'il semblait en pleine convalescence et resta pendant 20 minutes dans cet état.

Il eut un grand nombres d'attaques subséquentes, conservant toutefois toute son intelligence. Il entre le 2 septembre à l'hôpital ayant eu la nuit précédente une très grave attaque; le bras droit et le pied droit avaient été animés de violents mouvements convulsifs ; une paralysie motrice du bras droit en était résulté et avait duré quelques heures. Les phénomènes s'aggravant tous les jours, le diagnostic d'abcès du cerveau étant bien établi, la trépanation fut décidée et faite par Conant, de manière à arriver au milieu de la scissure de Rolando.

Ponction aspiratrice, évacuation de pus, de parcelles de tissu cérébral et d'un peu de sang.

Mort le jour suivant. L'autopsie ne fut malheureusement pas faite, mais le doigt introduit dans la plaie reconnaissait l'existence de la cavité de l'abcès ponctionné et percevait, en outre, un autre abcès qui semblait siéger près de la frontale ascendante. CART.

Contribution à la chirurgie du rachis, par Arch. CHURCH et W. EISENDRATH (*Americ. J. of the med. sc., p.* 395, *avril* 1892).

Ce travail renferme huit observations de lésions traumatiques du rachis ayant nécessité une intervention chirurgicale. Les deux dernières, dont voici le résumé, ont été suivies de guérison :

1° Écrasement de la queue de cheval dans une chute d'un échafaudage, le sacrum ayant, pendant la chute, porté sur une traverse.

Le malade resta paraplégique pendant quelque temps, puis peu à peu les mouvements reparurent et l'anesthésie se localisa.

Deux ans après, le malade présente les troubles suivants : la marche est incertaine, la station debout ne peut se faire que les pieds écartés. Anesthésie complète, au toucher, à la pression, à la température, à l'électricité, à la douleur dans toute la distribution des quatre dernières paires sacrées, nerf honteux, petit sciatique, saphène externe, musculo-cutané, tibial antérieur et tibial postérieur. Réflexe patellaire aboli. Réflexe crémastérien persiste. L'anus est ouvert, le sphincter paralysé. Incontinence imparfaite des matières fécales.

Opération par Franck. — Incision au niveau de la crête sacrée où se montrait une fistule. Puis ablation de la paroi postérieure du canal sacré que l'on trouve effacé. On dirait que l'os a été broyé, écrasé, puis hypertrophié. Les nerfs de la queue de cheval, à ce niveau, étaient complètement détruits et on ne trouvait nulle trace de leur existence. On enlève les portions nécrosées du sacrum et les trajets fistuleux, puis on termina par une suture. Cette intervention fut suivie d'une notable amélioration. L'anesthésie reste limitée à la partie inférieure de la fesse et au pourtour anal, au périnée, au scrotum et à la face inférieure du pénis. L'anus a retrouvé sa contractilité. A la sortie du malade, quatre mois après l'opération, la paralysie du membre gauche est plus marquée, mais la sensibilité est revenue dans nombre de points. Le rectum et l'anus ont retrouvé leur fonctionnement.

2° Fracture de la 10e et 11e dorsale, avec luxation de l'une sur l'autre ; compression de la moelle, hémorragie extra-méningée chez un homme de 31 ans. L'épanchment faisait une grosse tumeur au niveau de la région, douloureuse à la pression. Paraplégie à partir de l'ombilic, du rectum et de la vessie. Hyperesthésie de la région correspondante. Opération sept heures après l'accident par Bouffleur. L'incision montre que les muscles, l'aponévrose vertébrale et les ligaments intervertébraux sont rompus transversalement, broyés. La 10e dorsale est luxée en avant sur la 11e ; les lames de la 10e, restant avec le corps de la 11e, la moelle est aplatie entre elles. Fractures des apophyses articulaires qui furent enlevées. La moelle, examinée, était résistante, ferme, il y avait de l'épanchement extra-dural qui fut facilement supprimé. Après hémostase, qui fut longue et difficile, on fit la réduction de la luxation, on fléchit d'abord le tronc, puis, faisant l'extension et la contre-extension, on agissait directement en soulevant le fragment supérieur et repoussant l'inférieur. La réduction obtenue, on la maintint par deux solides sutures à la soie des apophyses épineuses perforées au drill. Suture des muscles et de la peau après drainage, enfin, corset de plâtre.

Les suites furent simples. On dut faire le cathétérisme pendant deux jours. Le cinquième jour, le malade commence à avoir des mouvements volontaires dans les orteils. Le dixième jour, la réunion par première intention était complète. Cinq semaines après, la cicatrice était solide, il ne restait au niveau des orifices des drains que des petits bourgeons charnus. Au 1er mai (50e jour), on le mit sur une chaise, et la guérison était parfaite au milieu de juin. Le malade a le libre usage de ses membres inférieurs. F. VERCHÈRE.

I. — Ein weiterer Beitrag... (Contribution au spina-bifida occulta avec hypertrichosis lombaire), par CONRAD (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 2).

II. — Spina bifida lateralis occulta? par BARTELS (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 833, 15 *août* 1892).

I. — Conrad décrit l'état de trois individus de 20 à 23 ans, qui présentaient dans la région lombaire une cicatrice parcourue par un réseau de veines et d'artères. Les bords de la cicatrice sont entourés d'une couronne de poils.

Au toucher, on constate que la cicatrice se trouve au niveau d'une fente qui se prolonge dans la région lombaire privée d'apophyses épineuses.

Dans deux des cas, il n'existait pas de saillie visible à l'extérieur ; dans le troisième cas, on observait la présence d'une tumeur ayant une forme ombiliquée et pouvant être regardée comme le reste du sac d'un spina bifida kystique. ED. RETTERER.

II. — Homme offrant sur la ligne médiane du dos, au milieu des apophyses épineuses des 2e, 3e et 4e vertèbres thoraciques, une mèche de poils large à sa base de 5 centimètres et longue de 20 ou de 30 centimètres, suivant qu'on la mesure en place ou au contraire qu'on l'étale. Le champ ovalaire de peau sur lequel ces poils sont implantés est un peu empâté et livide sans pigmentation véritable. On ne constate pas par la palpation de lacune au niveau du canal vertébral, toutefois, comme à la partie supérieure gauche, la coloration livide est un peu plus marquée et qu'on y sent une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise, ayant la consistance d'un fibrolipome, Bartels pense qu'il s'agit d'un spina bifida latéral occulte. J. B.

Cases of operation in spina bifida and encephalocele with remarks, par A. T. CABOT (*Trans. Americ. surg. Assoc., X, p.* 163).

1° Fillette de 19 mois, porteur d'un spina bifida d'un volume double de celui du poing de l'enfant. Paralysie des membres, incontinence d'urine. Opération le 12 juillet 1886. Clamp pour prévenir une trop grande issue de liquide céphalo-rachidien, dissection des lambeaux cutanés, section de la tumeur au niveau du rachis, suture. Ouverture osseuse très petite. Guérison. Revue en 1892, l'enfant allait très bien, mais la paralysie et l'incontinence d'urine n'avaient pas changé.

2° Fillette de 4 ans. Impotence des membres; état d'idiotie; bonne santé. Spina bifida sacro-lombaire de 13 pouces et demi de circonférence. Mort le cinquième jour après l'opération, d'accidents tétaniformes.

3° Fillette de 8 mois. Encéphalocèle du volume d'une orange, en arrière de la tête. Insuccès des injections de liqueur de Morton. Opération. Guérison rapide. A. CARTAZ.

Ein neues osteoplastisches Verfahren bei Spina bifida (Un nouveau procédé ostéoplastique contre le spina bifida), par A. BOBROFF (*Centralblatt für Chirurgie, n°* 22, 1892).

Sur un jeune garçon de 8 ans, atteint de spina bifida de la région sacrée, Bobroff fit l'opération suivante : Excision d'une grosse partie des enveloppes de la tumeur : réduction dans l'intérieur du canal médullaire de l'extrémité inférieure de la moelle et des cordons nerveux qui se rendaient à la paroi de la tumeur. L'orifice osseux siégeait au niveau de la 3e vertèbre sacrée et était assez grand pour admettre l'extrémité de l'index. Après avoir réséqué complètement toute la membrane qui tapissait la face interne du sac, l'auteur fit, à partir de l'extrémité supérieure de la plaie, une incision suivant la direction de la crête iliaque ; il désinséra le muscle grand fessier sur une certaine étendue, le réclina en dehors, et tailla dans la crête iliaque une lamelle osseuse de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur et un peu moins d'un centimètre d'épaisseur. Cette lamelle osseuse, recouverte de périoste, adhérait en dedans aux parties molles par un pédicule destiné à assurer sa nutrition. L'auteur la fit basculer et l'appliqua sur la brèche osseuse à combler de telle façon que la face périostique de la lamelle regardait le canal médullaire, la face spongieuse étant dirigée en dehors. Un léger avivement des bords de l'orifice osseux permit d'y fixer le petit lambeau osseux au moyen de quelques sutures osseuses. — Le résul-

tat obtenu fut parfait ; la consolidation osseuse se fit d'une façon complète. REBLAUB.

Ueber Asymetrie des Thorax und Kontrakturen der Wirbelsäule nach Kinderlähmung (paralytische Skoliosen) (De l'asymétrie du thorax et des contractures de la colonne vertébrale consécutives à la paralysie infantile. Scolioses paralytiques), par MESSNER (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 44, 1892).

Sur 156 cas de scoliose, l'auteur en a observé 8 qui étaient manifestement d'origine paralytique et avaient pour point de départ une paralysie infantile. L'aspect clinique des 8 cas est le même et présente les particularités suivantes : la scoliose paralytique ne devient fixe que très tardivement ou même ne devient pas fixe, ce qui la distingue de la scoliose rachitique; quelle que soit sa durée elle ne s'accompagne pas de torsion de la colonne vertébrale. La convexité de la courbure est dirigée du côté sain. Le pronostic est en général favorable et dépend de l'état des muscles paralysés. Le traitement doit répondre à deux indications : 1° Redresser et maintenir redressée la colonne vertébrale; 2° Rendre aux muscles leur tonicité et leur contractilité. REBLAUB.

Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott pouvant simuler la scoliose, par KIRMISSON (*Revue d'orthopédie*, 1er *novembre* 1892).

A côté de la déformation caractéristique du mal de Pott (gibbosité angulaire et médiane), on peut rencontrer dans le mal vertébral d'autres déviations soit isolées, soit combinées avec elle. La question semble avoir été mieux étudiée aux États-Unis qu'en France. Dans ce travail, Kirmisson rapporte un grand nombre de faits qu'il a observés dans son service des Enfants-Assistés établissant nettement l'existence des déviations latérales du rachis au cours du mal de Pott (24 cas sur 123 maux de Pott). CART.

Ueber Heilbarkeit der Scoliose und Resultate von Scoliosenbehandlung, par Wilh. SCHULTHESS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 6, *p.* 186, 15 *mars* 1892).

Depuis sa fondation en 1883, l'Institut orthopédique de Zurich, dirigé par A. Luening et W. Schulthess, a traité 169 cas de scoliose qui, au point de vue du traitement (controlé par des mensurations et des dessins), ont fourni les résultats suivants :

	Nombre des malades.	Guéris.	Améliorés.	Sans changement.	Empirés.
Scolioses totales	38	3	33	2	0
Scolioses lombaires	38	0	31	4	3
Scolioses dorsales simples.	14	3	6	1	4
Scolioses dorsales compliquées	79	3	37	25	14
	169	9	107	32	21
		116 Résultats favorables.		53 Résultats défavorables.	

Tous les cas de guérison concernent des déformations très légères. Les scolioses totales ont éprouvé une amélioration du traitement.

86,8 fois sur 100, les lombaires 81,5, les dorsales compliquées 46,8, les dorsales simples 42,8 fois sur 100. Donc la scoliose dorsale, simple ou compliquée, est celle dont le pronostic est le moins favorable, parce qu'elle est très souvent liée à des lésions débutant par les os, tandis que la scoliose totale n'est fréquemment que la conséquence d'attitudes vicieuses et que la lombaire offre, par son siège même, plus de facilités pour le traitement. Dans les cas les plus fâcheux, jamais le traitement n'a déterminé d'aggravation notable des courbures vicieuses. Si l'on veut se faire une juste idée de la valeur de la cure orthopédique, il faut grouper les guérisons et les améliorations pour les opposer aux états stationnaires ou empirés. On se trouve avoir ainsi 68,6 0/0 de résultats favorables contre 31,4 de défavorables.

Chez les scoliotiques qu'on a munis d'un appareil portatif, comme unique traitement, la courbure rachidienne fait des progrès effrayants. Schulthess considère ce procédé thérapeutique comme tout à fait fautif. C'est aux mouvements actifs et passifs qu'il faut s'adresser, en les combinant, s'il y a lieu, avec des appareils. J. B.

Ueber Geschwülste der Glandula carotica (**Des tumeurs de la glande carotidienne**), **par R. PALTAUF** (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XI*, 2, *p.* 260, 1892).

Ces tumeurs sont intéressantes, malgré leur rareté, par l'uniformité de leur structure et la fréquence avec laquelle elles enveloppent la bifurcation des carotides, de façon à nécessiter la résection de ces vaisseaux quand on veut les enlever. Ces tumeurs sont histologiquement constituées par un réticulum contenant des cellules volumineuses à protoplasma large et clair et à gros noyau, une capsule conjonctive épaisse les entoure ; un important lacis vasculaire les irrigue. Il en était ainsi dans les 4 cas observés par l'auteur et dans un cinquième étudié par Marchand dans le *Virchow's Festschrift.* Ce sont des endothéliomes qui prennent naissance dans le ganglion intercarotidien de Luschka.

D'après les recherches de Paltauf, ce ganglion est constitué par des vaisseaux formant un réseau admirable; mais les anses vasculaires à disposition glomérulaire sont le point d'attache de fibrilles de tissu réticulé dont les mailles renferment des cellules à gros protoplasma, qui ne sont évidemment pas épithéliales. Il existe aussi dans la glande une grande quantité de fibres nerveuses, en partie à myéline, en partie dépourvues de myéline.

L'histoire du développement de cette glande montre l'origine endothéliale de ces cellules. A aucun moment de la vie on ne voit là de formations épithéliales; mais il existe à l'origine un grand nombre de vaisseaux expliquant la structure de cet organe.

Au point de vue clinique, ces tumeurs paraissent se développer entre 28 et 35 ans; leur évolution est assez lente et varie de 6 mois à 5 ans. Elles peuvent amener la mort par hémorragie et sont susceptibles de récidiver après ablation; elles siègent entre les 2 carotides et en arrière de leur bifurcation et dépassent rarement le volume d'un œuf de poule. Le diagnostic doit être fait tout d'abord avec les lymphômes: en tenant compte de ce que les tumeurs de la glande carotidienne sont fixées profondément. Cependant les lymphômes développés dans les gaines vas-

culaires sont également fixes. On peut aussi les confondre avec un anévrisme, quand la carotide leur communique ses battements. C. LUZET.

Anévrisme artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne; ligature double des deux vaisseaux; guérison, par W. KEEN (*Am. j. of the med. sc., p.* 613, *juin* 1892).

Garçon de 16 ans, blessé en novembre 1890 d'un coup de couteau au niveau du côté droit du cou. Perte de sang immédiate, si abondante, qu'il tomba avant d'arriver à 50 mètres de distance.

On place une compresse et, le croyant désespéré, on ne fait pas la ligature. Après l'accident, fréquentes attaques d'épistaxis.

Le 10 mars 1891, on trouvait une cicatrice de 2 à 3 centimètres, située sur le bord interne du sterno-mastoïdien, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Le muscle était mince au point que la tumeur semblait en rapport avec la peau. A ce niveau, vibrations à chaque pulsation, thrill sur une grande étendue, depuis la ligne médiane jusqu'au bord antérieur du trapèze et de la clavicule au lobe de l'oreille. Thrill distinct avec renforcement à la systole. Le souffle s'entendait sur toute la circonférence du cou, sur toute la tête, la partie antérieure de la poitrine, dans l'aisselle gauche.

Une tentative de traitement avait été faite par la compression continue en mettant la tête en rotation à gauche et l'oreille droite appliquée à l'épaule. Le résultat fut nul.

Opération le 13 mars 1891. Incision en L sur la clavicule et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, prolongée jusqu'à l'angle de la mâchoire. Ligature de la veine jugulaire externe. Section des deux chefs du muscle, rejeté en dehors. Une grosse veine transversale, animée de battements, est coupée et liée après avoir été prise pour la sous-clavière, mais celle-ci fut disséquée et réclinée. On trouve la jugulaire interne distendue, présentant 2 centimètres de diamètre, adhérente à la carotide. L'artère était de calibre normal. Après une dissection attentive et difficile, surtout au niveau de l'ancienne blessure, la veine fut isolée de partout et séparée du pneumo-gastrique, de la carotide ; sur toutes deux furent jetées des ligatures de soie à la partie inférieure du cou. La dissection fut alors poursuivie vers la partie supérieure jusqu'au point où la veine reprenait son diamètre normal vers l'angle de la mâchoire. Elle fut en ce point liée avec un fil de soie. La carotide fut liée au niveau de sa bifurcation.

La dissection des nerfs fut des plus difficile et pendant ce temps une ouverture fut faite à la veine. Les lèvres en furent saisies avec trois pinces à forcipressure qu'on laissa à demeure jusqu'à ce que la ligature fût placée. Aucun accident ne survint après la ligature des vaisseaux. Comme il y avait une ouverture de la veine, que le sac semblait battre encore, on résolut de l'enlever pour constater s'il y avait des vaisseaux venant s'y ouvrir. Quand il fut ouvert, on constata que l'ouverture faisant communiquer l'artère et la veine pouvait admettre le doigt. Une petite artère donnait auprès de cette ouverture, on la lia. Le sac était tellement adhérent qu'on jugea prudent de le laisser. La plaie fut lavée au bichlorure et fermée, puis ouverte de nouveau parce que deux vaisseaux du lambeau cutané donnaient du sang et durent être liés. La plaie fut de nouveau suturée.

L'opération avait duré 2 heures.

Les suites furent très simples. Le troisième jour il y eut un saignement de nez qu'on dut arrêter. Le deuxième jour on enleva les drains.

Neuf mois après la cicatrice est solide et résistante. On n'a pu encore corriger la situation de la tête que le malade tient encore penchée.

Ce n'est qu'au bout d'un an (mars 1892) que la tête a repris sa situation normale et tous ses mouvements. F. VERCHÈRE.

Gluteal aneurysm (Anévrisme de la fessière), par L. L. WILLIAMS (*New York med. journ., p.* 211, 1892).

Un ouvrier, âgé de 35 ans éprouve, en portant un lourd fardeau, une vive douleur à la hanche gauche, et la sensation de quelque chose qui se déchire. Au bout de quelques jours on trouve une tumeur pulsatile à la fesse.

Cette tumeur, grosse comme une petite orange, animée de pulsations, siège au-dessous de l'échancrure sciatique. Malgré le repos et le traitement par l'iodure de potassium, elle ne tarde pas à augmenter de volume.

L'auteur pratique la ligature de l'artère iliaque interne gauche. Il ouvre l'abdomen, attire au dehors le paquet intestinal et suit l'artère iliaque externe jusqu'à son origine; ayant trouvé l'iliaque interne, il la comprime d'abord pour constater l'effet produit sur l'anévrisme, puis passe un fil de soie. Les sutures de la paroi abdominale sont enlevées au bout de dix jours.

Les pulsations persistent dans la tumeur les premiers jours, puis l'anévrisme devient plus dur et l'expansion diminue. Au bout d'un mois, la guérison est presque complète. Mais le malade succombe peu de temps après. On avait constaté chez lui, dès le début de la cure, un rétrécissement mitral. Pas d'autopsie.

L. GALLIARD.

I. — Ulcer of the stomach, proposed surgical treatment, par E. H. BRADFORD (*Trans. Americ. surg. Assoc., X, p.* 219).

II. — *Idem*, **par WEIR** (*Intern. med. Magazine, p.* 12, *février* 1892).

I. — L'auteur a pratiqué la laparotomie chez une femme de 25 ans, qui présentait depuis quatre ans tous les signes de l'ulcère de l'estomac, vomissements, hématémèses, douleurs, etc. Elle n'avait éprouvé aucun soulagement de médications variées et réclamait elle-même, tant les douleurs étaient vives, une intervention. Laparotomie médiane. Mise à jour de l'estomac. Une palpation minutieuse ne fait découvrir ni adhérences, ni rétrécissement, ni ulcère. Incision de l'estomac, éclairage de la cavité par une lampe électrique. Pas trace d'ulcère. Guérison opératoire rapide. Notable amélioration; la malade engraisse et les vomissements sont moins fréquents.

Bradford résume les observations similaires encore assez rares.

II. — L'opérée de Weir avait 37 ans. Jamais d'hématémèses, mais douleurs violentes. Quatre jours avant son admission à l'hôpital, douleurs abdominales, vomissements porracés, prostration; signes de péritonite. Laparotomie. Adhérences intestinales, large ulcère de l'estomac conduisant dans un abcès de la partie postérieure du foie. Mort peu après l'opération.

A. CARTAZ.

Gastrorraphy for diminishing a dilated stomach, par Robert F. WEIR (*Trans. americ. surg. Assoc., X, p.* 149).

En décembre 1889 (*Med. News,* 14 déc. 1889), W. pratiquait chez un homme de 41 ans, une gastro-entérostomie pour un rétrécissement pylorique datant de deux ans. Guérison rapide. Un an plus tard, le malade se plaint de vomissements glaireux, de digestions pénibles; le lavage de l'estomac amène un soulagement temporaire. Après examen minutieux, W. pensa que ces troubles tenaient à une dilatation exagérée du viscère et proposa une opération.

Le 9 mars 1892, après éthérisation, incision verticale sur le trajet de l'ancienne cicatrice; l'estomac est attiré en dehors et montre que l'orifice créé par la gastro-entérostomie est suffisamment large et fonctionne bien. Du côté de la grande courbure, dilatation étendue. Pour y remédier, W. pose entre

le bord supérieur et le bord inférieur, sur une longueur de 4 à 5 pouces, une quadruple rangée de sutures de façon à rétrécir l'estomac de l'étendue de la main. Le malade est nourri par des lavements jusqu'au sixième jour. Amélioration progressive. Plus d'attaques de vomissement. (Voir *R. S. M.*, XXXIX, 670.) A. CARTAZ.

Excision of a large ulcer of the stomach. Adenoma, par LANGE (*New York med. journ.*, *p.* 584, 21 *mai* 1892).

Lange a extirpé à un homme de 25 ans une tumeur de l'estomac dont le centre était ulcéré et dont les bords présentaient des formations adénomateuses luxuriantes, ainsi qu'une infiltration irritative chronique.

Le sujet souffrait depuis deux ans; il n'avait jamais eu d'hématémèse ni de melæna.

Ayant attribué les accidents à une lésion de la vésicule biliaire, l'auteur fit une incision au niveau de cet organe et, le trouvant en bon état, passa la main au devant de l'estomac dont la paroi antérieure était tuméfiée. Il pratiqua alors une incision transversale rejoignant à angle droit l'extrémité de la première.

La tumeur avait 5 pouces de diamètre. L'ulcération centrale avait un diamètre de 3 pouces et, au milieu, on ne voyait que l'épiploon constituant le fond de l'ulcère, car la paroi gastrique était détruite dans sa totalité à ce niveau.

La suture fut très difficile. L'opération dura en tout près de quatre heures. Guérison. L. GALLIARD.

Ueber Gastroenterostomie, par HADRA et EWALD (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 4, *p.* 75, 25 *janvier* 1892).

Homme de 35 ans qui, depuis des années, avait de la cardialgie avec suracidité du suc gastrique. Au milieu de mars, Ewald constata encore un excès d'acide chlorhydrique et une tumeur du pylore, dépassant un peu le volume d'une noix. Laparotomie un mois plus tard. Comme la moitié de la paroi antérieure de l'estomac offrait des nodosités cancéreuses et que les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux etaient envahis, Hadra renonça à faire la pylorectomie et pratiqua la gastro-entérostomie. Guérison apyrétique. Dans les premiers jours, éructations nauséabondes, dues au gonflement inflammatoire de la fistule. Nourriture solide dès la deuxième semaine, à la fin de laquelle l'opéré est rentré chez lui.

Huit mois et demi se sont écoulés depuis l'opération, et l'homme a augmenté de 11 kilogrammes; il travaille régulièrement et mange de tout, malgré que la tumeur ait maintenant les dimensions de presque deux poings d'homme. Cependant, depuis huit jours, il éprouve un sentiment de gêne dans l'estomac, qui peut tenir à l'envahissement de la fistule. J. B.

A propos d'un nouveau cas de gastro-entérostomie et de jéjuno-duodénostomie, par JABOULAY (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 429, *novembre* 1892).

Homme de 52 ans, très émacié, fut opéré de gastro-entérostomie antérieure et mourut quatre jours après, ayant bu et calmé sa soif dès le lendemain de l'opération.

Autopsie. — L'estomac contenait une assez forte quantité de liquide, celui qui avait été absorbé pendant la vie après l'opération. Il n'y avait pas de péritonite.

Pourquoi les boissons étaient-elles restées dans l'estomac? Les deux lèvres de la bouche anastomotique étaient exactement appliquées l'une

contre l'autre et rien ne pouvait passer de l'estomac dans le jéjunum, à moins de produire l'écartement de ces deux lèvres, qui revenaient au contact aussitôt après. F. VERCHÈRE.

I. — Accidents de sténose aiguë dans un cas de cancer du pylore ; gastro-entérostomie, par SCHWARTZ (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p.* 585).

II. — Sur une observation de gastro-entérostomie, par RECLUS (*Ibidem*, *XVIII*, *p.* 613. — *Discuss.*, *p.* 629).

III. — Néo-formation du pylore ; gastro-entérostomie ; guérison, par TERRIER (*Ibidem*, *p.* 636).

IV. — Cancer du pylore généralisé ; gastro-entérostomie postérieure, par DELAGENIÈRE (*Ibidem*, *p.* 683).

I à IV. — L'opéré de Schwartz, qui présentait des accidents très graves de sténose aiguë du pylore, caractérisés par des vomissements sanglants incessants, un hoquet continuel, du refroidissement, succomba quatre jours après l'opération. L'autopsie montra l'intégrité du péritoine et la solidité des sutures.

Delagenière a aussi perdu, le quatrième jour, son malade, très affaibli et très cachectisé comme celui de Schwartz.

Reclus et Terrier rapportent chacun une observation de gastro-entérostomie suivie de guérison opératoire. Les deux malades opérés depuis trois mois ne souffrent plus, ont repris des forces et de l'embonpoint (la malade de Terrier a engraissé de 17 kilogrammes depuis sa sortie de l'hôpital).

Reclus, à propos de son observation, relève 9 cas de gastro-entérostomie pratiqués en France dans les premiers mois de 1892 (y compris celui de Schwartz); les observations de Terrier et de Delagenière portent ce chiffre à 11 avec 2 morts et 9 guérisons. C. WALTHER.

Die combinirte Magenzerreissung, par ROSE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 677, 4 *juillet* 1892).

En plus de trente ans de pratique hospitalière et militaire, Rose n'a vu que trois cas de blessures de l'estomac. Ces blessures échappent le plus souvent à la connaissance du chirurgien, parce que leurs symptômes se trouvent confondus avec ceux dus à la lésion simultanée des organes voisins ; aussi, plus d'une fois, ne note-t-on qu'après la mort des plaies par armes à feu de l'estomac cicatrisées.

Il y a trente ans, Rose a soigné un individu qui s'était tiré un coup de pistolet au côté gauche de l'épigastre. Le projectile s'enkysta dans le poumon gauche. A part le siège de la blessure, l'unique symptôme de la perforation stomacale consista en des hématémèses abondantes et répétées. Chez deux autres malades, il a fait la laparotomie.

L'un de ces hommes était entré pour des accidents d'étranglement interne de cause inconnue. Une fois l'énorme ballonnement du ventre un peu diminué, à la suite de purgatifs, on constata la présence, au creux de l'estomac, d'une tumeur de la grosseur de la tête.

Il s'agissait d'un abcès du lobe gauche du foie, qui avait respecté seulement la capsule de Glisson et s'étendait dans le lobe droit, sur l'espace de quatre travers de doigt. A la face postérieure de l'abcès, se trouvait un trajet infundibuliforme auquel était soudée la face antérieure de l'estomac. Quelques mois auparavant, cet homme était tombé d'un toit, le ventre portant sur une

rampe d'escalier. Perte de connaissance qui dura six jours, fracture des radius et de la base du crâne, qui laissa une surdité absolue du côté droit et une parésie du moteur oculaire externe droit. Pendant les deux premiers jours, le malade avait vomi du sang presque pur et l'on avait constaté la formation d'un épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

Ultérieurement, Rose observa chez cet homme une hypertrophie de la rate qui, rapidement, atteignit la longueur de 32 centimètres au bout de neuf mois. Vingt et un mois après l'accident, la rate rétrocéda peu à peu de 15 centimètres, tandis que la partie gauche du foie se régénérait lentement, non avec sa forme primitive, mais en s'accroissant en tous sens.

L'autre opéré est un homme dont le rebord des fausses côtes gauches avait été violemment comprimé sur le bord d'un wagonnet.

Fracture multiple de côtes et douze vomissements de sang. Développement graduel d'une tuméfaction considérable de toute la région supérieure du ventre ; matité partant du nombril, englobant les matités du foie et de la rate et remontant en arrière et à gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur noirâtre qui avait refoulé le lobe gauche du foie sous la partie droite du diaphragme ; en haut, cette tumeur était formée par l'estomac qui, comprimé, ne constituait plus qu'un ruban de la largeur de deux doigts. Un orifice situé immédiatement au-dessous, donna issue à quatre litres et demi de liquide qui sortirent en jet. Il s'agissait d'une sorte d'hydropisie de l'arrière-cavité des épiploons, qui contenait, en outre, des caillots sanguins, des fausses membranes fibrineuses peu adhérentes et de nombreux débris alimentaires dont l'élimination se poursuivit à l'aide de lavages, pendant des semaines. La face postérieure de l'estomac offrait, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, une déchirure bouchée par un caillot. Rose le sutura avec de la soie. Au fur et à mesure que la collection de l'arrière-cavité épiploïque disparut, on nota les symptômes d'une fistule pancréatique qui guérit au bout de quatre mois sans qu'il y eût eu de glycosurie.

Dans la discussion, Israël dit avoir vu aussi guérir une plaie de l'estomac par arme à feu. Il s'agissait d'un homme qui s'était tiré deux coups de revolver, l'un entre les 7e et 8e cartilages costaux gauches, l'autre dans la tempe. Le premier entraîna de violentes hématémèses, le second une cécité bilatérale. J. B.

Ueber eine neue Methode zur Ausführung der Jejunostomie und Gastroenterostomie (Nouvelle méthode de jéjunostomie et de gastro-entérostomie), par MAYDL (*Wien. med. Woch.*, nos 18 et 19, 1892).

On pratique une incision transversale au creux épigastrique. Le jéjunum est saisi à 15 ou 20 centimètres de son origine et complètement sectionné. Les deux bouts sont attirés au dehors et la plaie abdominale provisoirement fermée à l'aide de quelques points de suture.

Le bout central est abouché latéralement en un point de l'intestin situé à 10 centimètres au-dessous de la section ; de cette façon les sécrétions du foie et du pancréas s'écouleront dans l'intestin, ne seront pas perdues, et n'altéreront pas l'épiderme. Le bout périphérique est ensuite fixé au côté gauche de la plaie abdominale de manière à faire au dehors une légère saillie ; et c'est par la fistule ainsi produite que l'on introduira les liquides alimentaires.

Cette jéjunostomie a pour avantage d'éviter l'irritation du néoplasme ou de l'ulcération stomacale par les aliments.

Si on désire faire une gastro-entérostomie, après avoir procédé comme

il a été dit, au lieu d'aboucher le bout périphérique à l'extérieur, on l'implante sur la paroi antérieure de l'estomac. LEFLAIVE.

Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par l'électrolyse combinée à la dilatation, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *août* 1892.)

Après avoir rappelé que E. Bœckel a employé ce mode de traitement en 1879 et en 1882, J. Bœckel rapporte l'observation d'un enfant de quatre ans qui, à la suite de l'ingestion de potasse caustique, fut atteint d'un rétrécissement très serré n'admettant pas une fine bougie. Il fit construire une sonde urétrale spéciale n° 12 traversée par un fil de cuivre et terminée à son extrémité par une olive de même métal; puis après l'avoir mise en rapport avec l'électrode négative d'une pile à courant continu, il procéda sans résultat à une première séance d'électrolyse. Dans la seconde séance, l'obstacle fut vaincu, et la sonde pénétra facilement dans l'estomac.

L'électrolyseur fut alors remplacé par une bougie olivaire de même calibre, puis par des bougies plus grosses et, en un mois, la dilatation ayant lieu chaque jour, on put aisément passer le n° 20. Cette dilatation, par séances de plus en plus espacées, fut continuée pendant dix-huit mois et ensuite abandonnée. Depuis huit ans, l'œsophage est resté perméable. OZENNE.

Rupture traumatique de l'intestin grêle. Entérorraphie. Guérison, par NÉLATON (*Bull. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 600).

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval à 3 travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale gauche. Stupeur, puis vomissements, douleurs dans le ventre. Température : 36,6. Pouls : 102.

Laparotomie seize à dix-sept heures après l'accident.

A l'ouverture du ventre, écoulement de 100 à 150 grammes de liquide séro-sanguinolent. Issue d'une anse d'intestin grêle rouge, recouverte de dépôts fibrineux jaunâtres; en dévidant l'intestin grêle, Nélaton découvre une perforation de 3 centimètres d'étendue occupant le bord libre de l'intestin. Régularisation des bords et sutures en deux plans : 1° surjet sur la muqueuse; 2° suture à points séparés sur la séreuse. Lavage du péritoine à l'eau bouillie. Drainage à la gaze iodoformée. L'anse suturée est maintenue par un fil de soie en contact avec la gaze.

Suites très simples. Guérison rapide. Ablation de la gaze le troisième jour. Le huitième jour, lavement et première garde-robe. Le malade se lève un mois après l'opération. C. WALTHER.

I. — Appendicite et pérityphlite, par Ch. TALAMON (*In*-16 *de* 248 *pages, Paris*, 1892).

II. — Vingt-sept observations d'appendicites, par Ant. PONCET et JABOULAY (*Revue de chirurgie, n°* 11, *p.* 947, 1892).

III. — Considérations cliniques et bactériologiques sur un cas de typhlo-appendicite tuberculeuse, par NANNOTTI (*Rivista gener. italiana di clin. medica, p.* 336, 1822).

IV. — Ueber Entfernung des Processus vermiformis, par KÜMMELL (*Deutsche med. Woch., n°* 11, 1892).

V. — Ueber Perityphlitis und deren Behandlung, par GRASER (*Münch. med. Woch., nos* 16 *et* 17, *p.* 263 *et* 289, 1892).

VI. — Typhlite et appendicite, par MANDILLON (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 *juin* 1892).

I. — Cette monographie, très personnelle, est consacrée à la défense de cette idée que la typhlite n'existe pas et que les symptômes qui lui sont attribués sont toujours sous la dépendance d'une lésion de l'appendice iléo-cæcal ou des tissus qui environnent l'appendice et le cæcum; les lésions du cæcum lui-même sont exceptionnelles, toujours secondaires à celles de l'appendice ou des tissus environnants, à moins qu'elles ne soient sous la dépendance de maladies générales, auquel cas elles ne rentrent plus à proprement parler dans le cadre de la typhlite. L'appendicite est le plus souvent sous la dépendance de l'oblitération de l'appendice par un corps étranger, ses parois comprimées par le corps étranger se laissent facilement altérer par les microorganismes vivant dans l'appendice. Au point de vue clinique, Talamon décrit successivement l'appendicite suraiguë perforante, l'appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire, l'appendicite aiguë avec péritonite localisée, l'appendicite subaiguë, l'appendicite chronique à rechutes. Le traitement de l'appendicite ne doit pas être aussi exclusivement et prématurément chirurgical que l'ont prétendu les chirurgiens américains; si dans les formes suraiguës, la laparotomie s'impose immédiatement, il est préférable de ne pas agir trop hâtivement dans les formes aiguës avec péritonite partielle où le moment favorable à l'opération est du huitième au douzième jour; dans les formes subaiguës, au contraire, on ne risque jamais d'opérer trop tôt, parce que le diagnostic est toujours tardif. GEORGES THIBIERGE.

II. — La physionomie de la maladie vient principalement, pour Poncet et Jaboulay, des rapports de l'appendice avec le péritoine; aussi ces auteurs proposent-ils d'ajouter à la grande division des appendicites en aiguës et chroniques la subdivision suivante : formes antérieures, à réaction intra-péritonéale, formes postérieures ou extra-péritonéales.

Les formes antérieures aiguës comprennent : 1° les appendicites avec perforation et gangrène, accompagnées de péritonite suppurée généralisée; 2° les appendicites avec perforation et gangrène amenant des péritonites suppurées circonscrites; 3° les appendicites infectieuses aiguës avec péritonite généralisée, mais sans perforation ni gangrène de l'appendice; 4° les appendicites avec suppuration périappendiculaire et réaction sérofibrineuse du péritoine.

Les formes aiguës postérieures se rapportent aux abcès chauds lombaires ou iliaques.

Quand aux formes chroniques, les antérieures comprennent les appendicites récidivantes calculeuses, et les postérieures les abcès et phlegmons chroniques de la fosse iliaque ou de la fosse lombaire.

Après avoir rapporté 27 observations répondant à ces différentes variétés, les auteurs résument les indications opératoires dans les conclusions suivantes :

S'il s'agit d'appendicites rétro-péritonéales, suraiguës, aiguës, subaiguës ou chroniques, l'incision au point saillant sera pratiquée le plus tôt possible. L'idéal serait de rechercher l'appendice et de le réséquer.

Pour les appendicites intra-péritonéales, s'il y a péritonite généralisée, septique ou suppurée, il faudra se hâter d'ouvrir le ventre, de laver, de

drainer, et pour vider le petit bassin qui reste toujours plein de liquide, drainer par le vagin chez la femme, par la voie ischiosacrée chez l'homme.

S'il existe une péritonite enkystée suppurée, on ouvrira le foyer directement. L'appendice sera recherché et réséqué, si les manœuvres pour arriver à ce résultat ne sont pas dangereuses pour l'infection du péritoine.

L'appendice devra toujours être enlevé dans les appendicites à rechutes sèches et calculeuses. C. WALTHER.

III. — Une jeune fille de 18 ans, sujette depuis plusieurs années aux coliques et à la constipation, fut prise subitement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, où apparut une tuméfaction légère, puis de la fièvre, et finalement on constata de la fluctuation. Le diagnostic de pérityphlite fut posé et l'on fit une incision au point fluctuant.

L'examen du pus révéla la présence du bacterium coli et du staphylocoque. Une parcelle du contenu de la fosse iliaque (qui exhalait une odeur fécaloïde) fut injectée dans le tissu cellulaire de 2 cobayes et donna seulement lieu à la production d'un abcès chaud au point d'inoculation.

L'état de la malade s'améliora notablement après l'opération; la fièvre disparut, les douleurs s'amendèrent; mais une diarrhée persistante s'installa. Au bout de 40 jours apparurent dans les régions axillaires, sus- et sous-claviculaire des adénites multiples. L'un des ganglions fut enlevé et sa dégénérescence caséeuse fut révélée par l'examen histologique et les résultats de l'inoculation au cobaye.

A partir de ce moment l'amélioration ne se maintint plus; les drains continuaient à fournir un pus jaunâtre et mal net; son inoculation donna lieu cette fois à la production d'une tuberculose généralisée chez tous les cobayes.

LYON.

IV. — D'après Kümmel, la cause véritable de la perforation de l'appendice cæcal est le catarrhe de cet organe; les corps étrangers et les calculs ne sont que des agents secondaires. L'inflammation de l'appendice en effet a pour résultat un rétrécissement en arrière duquel se produit une ampoule, qui se remplit de pus et de matières fécales. De là la perforation.

L'auteur a réséqué six fois l'appendice. Dans quatre cas il y avait perforation; une fois la perforation siégeait au voisinage du cæcum, de sorte qu'il fallut suturer le cæcum lui-même. Dans ce dernier cas seulement les douleurs ont persisté après l'opération. Tous les autres ont fourni des succès complets. L. GALLIARD.

V. — L'auteur fait suivre l'exposé de 18 cas de pérityphlite des considérations suivantes. Presque dans tous, le début a été soudain avec des symptômes graves, ce qui est pour lui un indice de perforation de l'appendice. Il se forme alors une tumeur circonscrite, abcès stercoral, qui peut lui-même se perforer et donner lieu à de nouveaux signes d'irritation péritonéale, alors s'allume la fièvre vespérale à grandes oscillations. Ces symptômes secondaires sont la principale indication d'une intervention opératoire, car ils sont dus à la suppuration. On peut en outre s'assurer de la présence du pus par le toucher vaginal ou rectal ou par la ponction exploratrice, faite immédiatement avant l'intervention. L'ouverture de l'abcès doit être faite le plus largement possible et ne doit pas être suivie d'injections qui ne font qu'irriter inutilement les parois de l'abcès.

C. LUZET.

VI. — D'une vingtaine de faits de sa pratique, Mandillon tire les conclusions suivantes :

Dans l'immense majorité des cas le traitement médical, énergiquement dirigé, guérit les typhlites, pérityphlites ou appendicites.

Exceptionnellement l'intervention chirurgicale est indispensable. Quand une collection purulente s'est formée autour du cœcum, quand le diagnostic est net et précis, l'hésitation serait une faute, et il faut la traiter par les procédés de la chirurgie moderne.

Enfin, dans les cas très rares où l'empâtement de la fosse iliaque persiste, sans signe manifeste de fluctuation, et lorsque le malade est frappé de fièvre lente et persistante avec amaigrissement, on doit sans hésitation intervenir chirurgicalement. OZENNE.

Ueber Perityphlitis actinomycotica, par Otto LANZ (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 307, *et n°* 11, *p.* 339, 15 *mai et* 1er *juin* 1892).

1° Femme de 24 ans, prise, plusieurs fois dans la journée, le 25 décembre 1890, puis le 5 janvier suivant, de douleurs violentes dans la région iléo-cæcale.

Depuis lors, fièvre, inappétence et malaise continu. Le 21 janvier, on constate, à 4 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale droite, deux tumeurs dures, grosses comme des œufs et excessivement sensibles à la pression. Le 30, la température s'élève brusquement à 40° ; exacerbation des douleurs cæcales malgré l'absence d'alimentation solide et le séjour continu au lit. La tumeur se rapproche du pli inguinal et les douleurs irradient dans la cuisse qui est tenue fléchie sur le bassin.

A la fin de février, inflammation des téguments de l'arcade fémorale. Etat le 6 mars : constipation habituelle et opiniâtre, articulation coxofémorale contracturée en flexion, rougeur de la peau de l'aîne qui, au-dessous du ligament de Poupart, présente, en dehors, des perforations multiples. Immédiatement au-dessus du ligament, on perçoit une rénitence élastique entourée d'une induration remontant jusque dans la fosse iliaque. Opération dès le lendemain : incision au niveau des téguments rougis, c'est-à-dire au-dessus de l'arcade fémorale et parallèlement à elle. Evacuation d'un pus ténu, vert jaunâtre, sans fétidité, et contenant des granulations que le microscope montre être des actinomycètes. La cavité s'étend en haut jusque dans la région cæcale, en bas, vers le grand trochanter, jusque près des vaisseaux fémoraux. Lavages successifs avec du sublimé au millième et de l'eau salée. Pansement à la gaze sublimée.

Dès lors, absence de fièvre et de douleurs et possibilité d'étendre complètement le membre inférieur.

Le 29 juillet, il existe encore 2 fistules non sécrétantes. Dans la profondeur, le long du psoas iliaque, plaque d'induration non douloureuse. La malade étant devenue enceinte, a eu un nouvel abcès.

2° Paysanne de 22 ans, prise brusquement, le 4 juin 1891, de coliques au niveau de l'hypocondre droit, accompagnées de vomissements, de maux de tête, de lassitude extrême et de douleurs dans les membres. Les jours suivants, constipation opiniâtre et douleurs dans la lombe droite.

Le 24 juin, on constate une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Etat le 9 août : constipation habituelle depuis le mois de février, pas de fièvre, fosse iliaque droite remplie par une tumeur dure qui remonte jusqu'à la 12e côte et est douloureuse à la pression.

Le 20 août, la tumeur a notablement diminué bien que la femme ne garde pas le lit. On peut maintenant glisser les doigts entre sa partie supérieure et le rebord des fausses côtes. En dedans d'elle, on sent le côlon.

Le 27, recrudescence des douleurs iléocæcales. Dès le lendemain soir, la température s'élève brusquement à 38°,5 ; inappétence. La tumeur s'accroît de nouveau. Fièvre hectique.

Le 15 septembre, œdème de la crête iliaque, au niveau de l'épine antéro-supérieure. Malgré l'absence de fluctuation, le lendemain Lanz pratique, immédiatement au-dessus de l'arcade fémorale, et parallèlement à elle, une incision de 10 centimètres dépassant de 2 centimètres, en dehors, l'épine antéro-supérieure. Il trouve une tumeur bosselée, de consistance cartilagineuse, adhérant au voisinage en avant et en arrière, sur une grande étendue. Incision du péritoine à la face postérieure de la tumeur. Le doigt, introduit dedans, n'ayant pas découvert d'abcès, tamponnement de la plaie avec la gaze phéniquée. Persistance de la fièvre vespérale. Douleurs le long de la crête iliaque, vers le grand trochanter, au niveau du carré des lombes et des insertions des fessiers.

Le 1er octobre, l'œdème de la crête iliaque a augmenté et s'accompagne maintenant de rougeur et de sensibilité des téguments.

Le 5, vives douleurs dans la jambe droite qui est un peu enflée.

Le 8, exacerbation de la fièvre.

Le 10, la plaie opératoire, non encore refermée, donne pour la première fois issue à un pus d'abord séreux et inodore, puis jaune verdâtre et fétide, contenant d'innombrables granulations arrondies, du diamètre de 1/2 à 1 millimètre; sous le microscope, on reconnaît des actinomycètes. Au bout de peu d'heures, la suppuration devient profuse et continue les jours suivants ; la fièvre vespérale se maintient et la tuméfaction de la crête iliaque ne fait qu'augmenter ainsi que les douleurs lombaires.

Le 17, rougeur et fluctuation au niveau de la crête iliaque ; incision donnant jour à du pus verdâtre contenant en abondance des grains d'actinomycètes. Cautérisation de la cavité de l'abcès qui communique profondément avec la plaie de l'aine.

Le 25, œdème du membre inférieur gauche.

Le 8 novembre, la fièvre a cessé ; le 15, le gonflement des membres inférieurs a disparu ; le 29, la malade se lève, ses 2 fistules sécrètent fort peu de pus, mais dans la profondeur de la fosse iliaque, il subsiste une grande rénitence.

Ultérieurement, Kocher a fait à cette femme une opération radicale, avec résection d'un grand tronçon de l'os des îles.

Des nombreuses cultures que Lanz a entreprises, il conclut que l'actinomycète n'appartient ni aux hyphomycètes, ni aux mucédinées, mais bien aux bactéries pléomorphes ; en plus, il est anaérobie. Lanz n'a pu réussir à l'inoculer aux animaux. J. B.

I. — Neuere Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung der acuten Perityphlitis, par SONNENBURG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 834, 15 *août, et n°* 49, *p.* 1258, 5 *décembre* 1892).

II. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibidem, n°* 33, *p.* 835).

I. — Un certain nombre de pérityphlites suppurées guérissent spontanément, soit par perforation dans le gros intestin, soit par résorption des parties fluides de l'épanchement. Mais, d'un autre côté, ces épanchements peuvent subsister de longues années à l'état liquide. Schede et Waitz en ont cité des exemples.

Sonnenburg connaît des cas où. au bout de 10, 15 et même 20 ans, un

tel abcès enkysté, en se rompant dans la cavité abdominale, a amené la mort du malade par péritonite septique aiguë.

Les cas d'apparence les plus bénins au début peuvent donner lieu ultérieurement à des accidents de toute gravité. Il est donc impossible de dresser des statistiques indiquant la proportion des guérisons. Aussi, pour Sonnenburg, la conduite du chirurgien est-elle très simple. Il doit intervenir dès qu'il y a du pus, c'est-à-dire dès qu'il constate la présence, dans la région iléocæcale, d'une tuméfaction douloureuse ayant débuté brusquement au milieu de fièvre et des autres symptômes caractéristiques, indiquant une perforation de l'appendice vermiforme. L'absence de fluctuation ne doit pas arrêter l'opérateur, s'il a d'autre part fait son diagnostic. Lorsqu'il s'agit d'abcès très profonds et peu étendus, Sonnenburg fait l'opération en deux temps : incisant d'abord les parois abdominales et n'ouvrant l'abcès que quelques jours plus tard. Avant l'apparition des complications, l'opération de la pérityphlite aiguë n'est nullement dangereuse.

Sonnenburg l'a pratiquée 43 fois ; 34 des opérés ont guéri, les 9 qui ont succombé avaient déjà des phénomènes septiques. Une fois, il a opéré le 2e jour, 3 fois le 3e, 6 fois le 4e, 6 fois le 5e, 1 fois le 6e ; les autres interventions ont été plus tardives. Dans tous les cas, il a trouvé du pus.

Il ouvre largement l'abcès et recherche toujours l'appendice, dût-il rompre des adhérences ; autant que possible, il enlève, totalement ou partiellement, cet appendice et met à découvert tous les culs-de-sac et les fusées de l'abcès. Il pratique l'incision au voisinage immédiat de la crête iliaque, un peu au-dessus de l'épine antéro-supérieure et la dirige vers le milieu de l'arcade fémorale. Lorsque des fusées purulentes remontent vers le rein, il établit une contre-ouverture sur le bord externe du carré lombaire.

II.— W. Kœrte n'admet pas qu'on puisse diagnostiquer la suppuration par la seule existence de la fièvre et d'une tuméfaction iléocæcale et il est partisan de la ponction exploratrice, qu'au contraire Sonnenburg, à l'exemple de Roux, déclare inutile ou dangereuse.

En laissant de côté les cas où il est intervenu pour une péritonite généralisée due à la perforation de l'appendice vermiforme, Kœrte a opéré une trentaine d'abcès pérityphlitiques enkystés. Or, bien qu'il l'ait recherché chaque fois, il n'a jamais pu découvrir l'appendice. Il n'a trouvé que 5 ou 6 fois des coprolithes. Pour le traitement secondaire, il procède comme Sonnenburg, par le tamponnement et le drainage.

Il est aussi partisan d'une contre-ouverture en cas de fusées purulentes remontant en arrière du côlon. 3 de ses opérés ont succombé.

Lindner cite une jeune fille déclarant avoir eu des attaques antérieures de pérityphlite et admise avec une fièvre considérable (40°) des douleurs, de la rénitence et de la matité dans la région cæcale. Après avoir beaucoup hésité, Lindner se décida à intervenir, mais il lui fut impossible de trouver du pus. La plaie fut tamponnée, la fièvre tomba et la malade guérit.

Von Bergmann maintient l'existence de pérityphlites avec intégrité de l'appendice et reste toujours partisan, en premier lieu, de l'expectative.

Von Bardeleben non plus n'a jamais pu trouver l'appendice, mais il n'a pas ouvert le péritoine pour le rechercher (*R. S. M.*, XXXIX, 677, et XL, 637). J. B.

Uber primäre Dünndarmsarcome (Des sarcomes primitifs de l'intestin grêle), par MADELUNG (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 30, 1892).

Les sarcomes de l'intestin grêle appartiennent le plus souvent à la variété de sarcomes à cellules rondes ; rarement ils sont fuso-cellulaires. Ils naissent presque toujours dans la sous-muqueuse, mais envahissent rapidement la musculeuse et la muqueuse. La paralysie intestinale qui en résulte explique la dilatation précoce de l'anse lésée ; ces tumeurs ne donnent jamais lieu à un rétrécissement de l'intestin. Elles s'accompagnent rapidement de métastases dans les ganglions lymphatiques du mésentère, dans l'épiploon, le foie et les reins. Au point de vue symptomatique, ce qui frappe, c'est le contraste entre la déchéance rapide de la santé générale et le peu d'intensité des phénomènes locaux. Les malades maigrissent et s'affaiblissent avant même que l'attention ait été appelée par des troubles digestifs ou des symptômes locaux. La durée de l'affection, qui se termine toujours par la mort, varie entre 9 et 21 mois. — Le diagnostic est possible dans certains cas, au moins après la laparotomie exploratrice. — Le diagnostic très précoce peut avoir une certaine utilité au point de vue du traitement ; l'auteur pense qu'en raison de la rapidité avec laquelle se produisent les métastases, la résection du segment de l'intestin, atteint par la tumeur, n'a aucune chance de donner la guérison. REBLAUB.

Ueber Retroperitoneale Sarkome (Des sarcomes rétropéritonéaux), par KERESZTSZEGHY (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XII*, 1, *p.* 139, 1892).

On a observé ces tumeurs à 4 et à 73 ans, mais leur maximum de fréquence est entre 28 et 59 ans, à peu près aussi souvent chez l'homme que chez la femme. Au point de vue microscopique le plus souvent il s'agit de sarcome fasciculé, 2 fois de sarcome à cellules rondes et 1 fois de sarcome à cellules de diverses grandeurs ; notons en outre le myxosarcome, le lymphomyxosarcome. L'origine de ces tumeurs est toujours fort difficile à reconnaître : ganglions lymphatiques, capsules surrénales. Dans le cas de sarcome fasciculé, on a pensé qu'ils s'étaient développés aux dépens du tissu conjonctif rétropéritonéal. On conçoit que, suivant le point de départ de la tumeur, ses rapports avec les organes du ventre et les compressions qu'elle exerce doivent varier suivant les cas. Les symptômes n'en sont pas moins variables : diarrhée et coliques, ou au contraire, constipation, perte d'appétit, ou bien troubles menstruels ; un des symptômes les plus fréquents est le vomissement, puis l'œdème des jambes avec ou sans ascite. Comme complications accidentelles, on a noté un abcès rétropéritonéal, un foyer syphilitique, la phtisie pulmonaire. Les métastases ne sont pas fréquentes ; quand elles se produisent, elles portent surtout sur les organes de l'abdomen, plus rarement sur ceux du thorax, très exceptionnellement du membre. Aux cas déjà connus, l'auteur en ajoute deux personnels, où il s'agissait histologiquement, une fois de myxosarcome globocellulaire caverneux, l'autre fois

d'un sarcome globocellulaire caverneux. Il insiste sur la fréquence de l'angiectasie dans ces tumeurs. C. LUZET.

Massenreduktion und Hernia properitonealis (Réduction en masse et hernie propéritonéale), par H. BRAUN (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 1, 1892).

La théorie de Tessier, d'après laquelle toute hernie propéritonéale devrait être rapportée à la réduction en masse d'une hernie externe, n'est pas généralement acceptée. Les objections qu'on lui fait sont les suivantes : Si la hernie est libre, la réduction en masse ne se conçoit pas ; si la hernie est étranglée, la réduction en masse ne lève pas l'étranglement et les accidents continuent amenant rapidement la mort. L'auteur s'efforce de réfuter ces objections. Il rapporte une observation personnelle, dans laquelle une hernie inguinale étranglée est réduite par le taxis sous chloroforme ; les accidents disparaissent aussitôt pour se reproduire trois semaines après, sans que la hernie ait fait une nouvelle apparition au dehors. L'opération montre que la hernie primitive avait été refoulée en masse entre le péritoine et la paroi abdominale. L'étranglement était le fait du collet du sac. REBLAUB.

Ein Vorschlag zur Radikalheilung grosser Cruralhernien (Nouveau procédé de cure radicale pour les grosses hernies crurales), par Fritz A. SALZER (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 33, 1892).

Dans les hernies crurales de très gros volume il est impossible de rapprocher ou de maintenir rapprochés les tissus fibreux qui circonscrivent l'orifice herniaire et par conséquent d'obtenir une cure radicale. Salzer propose de tourner la difficulté en taillant dans l'aponévrose du pectiné un lambeau fibreux court et résistant qu'on appliquerait contre l'orifice herniaire et qui formerait une sorte de septum crural fibreux s'opposant à la sortie de l'intestin. Pour cela il pratique une incision curviligne partant de la crête pectinéale et allant aboutir au ligament de Gimbernat. Le lambeau, ainsi circonscrit, est séparé du muscle pectiné, relevé en haut, et son bord libre est suturé au ligament de Fallope.

REBLAUB.

Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique étranglée, par SCHWARTZ et ROCHARD (*Revue de chirurgie*, n° 9, *p.* 756, 1892).

Chez un homme de 33 ans qui présentait depuis 16 jours des accidents d'occlusion intestinale, la laparotomie ne permit pas à Schwartz, malgré une exploration minutieuse, de reconnaître la cause de l'occlusion. Le côlon ascendant étant très distendu, Schwartz fit un anus contre nature sur le cæcum.

Le malade étant mort le lendemain, c'est à l'autopsie seulement qu'on put constater l'étranglement d'une anse formée par l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant, à travers une boutonnière musculaire siégeant sur la partie musculaire du diaphragme.

Schwartz et Rochard, de leurs expériences sur le cadavre, concluent à l'intervention par la cavité thoracique dans le cas où la laparotomie aurait permis de constater l'existence d'une hernie diaphragmatique. Il suffirait de sectionner et de relever, ou de réséquer la 9e côte, d'ouvrir la plèvre et de traiter suivant la méthode ordinaire la hernie qu'on aurait

alors sous les yeux; on pourrait ainsi soigneusement désinfecter l'intestin avant de débrider l'orifice et de réduire l'anse herniée dans l'abdomen.

C. WALTHER.

I. — Grands abcès du foie; curetage; bactériologie, par FONTAN (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 569).

II. — De la stérilité des suppurations du foie et de la vésicule biliaire; huit opérations d'hépatotomie et de cholécystotomie; huit guérisons, par TUFFIER (*Ibidem, XVIII, p.* 614).

III. — A propos des suppurations hépatiques, par MOTY (*Ibidem, XVIII, p.* 643.)

I. — Sur trois faits nouveaux d'abcès du foie rapportés par Fontan, deux ont subi le curetage méthodique; le premier a guéri avec une surprenante rapidité; les drains ont pu être retirés le quatrième jour, et après dix jours de suppuration presque nulle, une poche hépatique, qui avait contenu un litre et demi de pus, était comblée. Le second malade a succombé à un pneumothorax quatre jours après l'opération et l'on a pu constater à l'autopsie l'heureux effet du curetage sur la paroi de l'abcès hépatique. Chez le troisième malade, des abcès multiples du foie restèrent inaccessibles à plusieurs ponctions exploratrices.

Dans deux des cas, l'examen bactériologique a été pratiqué et a fourni des résultats positifs; le pus contenait de nombreux staphylocoques. Mais, dans un cas seulement, le pus a fourni des cultures positives; ce qui fait penser que dans l'autre cas la vitalité des staphylocoques était affaiblie au point d'empêcher leur reproduction.

Fontan rappelle que Kartulis n'a trouvé de microbes pyogènes que dans 5 cas sur 12; que Laveran et Netter, Arnaud et d'Astros, ont rapporté des examens négatifs. Mais, d'autre part, Bertherand et Fontan, dans 12 observations d'abcès du foie, ont toujours rencontré des microbes pyogènes et 10 fois les cultures ont été positives.

II. — Tuffier rapporte les observations de six malades atteints d'abcès du foie ou de cholécystite suppurée :

1° Trois abcès du foie, suite de dysenterie au Tonkin. Deux hépatotomies transpéritonéales. Une hépatotomie transpleuropéritonale. Guérison.

2° Abcès du foie. Incision transpleuropéritonéale. Guérison.

3° et 4° Abcès du foie. Incision transpéritonéale. Guérison.

5° Phlegmon de la paroi abdominale antérieure. Cholécystite calculeuse suppurée. Extraction de cinq gros calculs. Passage d'un des calculs dans le péritoine; extraction. Guérison.

6° Cholecystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Extraction d'un calcul de cholestérine pure. Guérison.

Sur ces huit opérations, cinq fois la suppuration a été examinée par Girode au point de vue bactériologique et dans les cinq cas le résultat a été le même : stérilité du pus. Dans un autre cas, la chute d'un calcul dans le péritoine, tous les déplacements, auquel son extraction a donné lieu, ne laissent aucun doute sur l'issue d'un pareil accident si le pus, dont le calcul était couvert, eût été virulent.

Ces faits apportent un sérieux appui à la théorie de la fréquence de la stérilité des abcès du foie; ils démontrent que cette stérilité peut s'étendre à certaines suppurations anciennes de la vésicule, même accompagnées de calculs.

Tuffier ne croit pas à l'absence primitive de microorganismes, mais admet la stérilité tardive secondaire à l'auto-inoculation microbienne.

III. — Moty insiste sur la différence d'allures et de gravité des abcès du foie observés dans les pays chauds, et particulièrement au Tonkin, et des abcès subaigus qu'on rencontre habituellement en Algérie et en France. Les premiers caractérisés par la violence de la douleur, l'élévation considérable de la température, la gravité de l'état général, la dyspnée, évoluent rapidement, et malgré l'opération précoce par la méthode de Little, les malades, un certain temps soulagés par l'évacuation du foyer, finissent le plus souvent par succomber avec des ulcérations du gros intestin et une desquamation très étendue de l'intestin grêle.

Moty rapporte plusieurs observations de ces différents types aigus, subaigus ou chroniques et montre que les abcès récents contiennent en abondance des microorganismes ; que la stérilité du pus est d'autant plus probable que la suppuration a été plus tardive.

Le pronostic des abcès aigus précoces est beaucoup plus grave que celui des abcès chroniques ou tardifs, et pour les premiers, la mortalité ne peut être estimée à moins de 50 0/0, quelle que soit la méthode de traitement mise en œuvre. C. WALTHER.

Ueber die chirurgische Behandlung des Leberabscesses, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens., n° 32, p.* 794, 8 *août* 1892).

Depuis deux ans, Kœrte a opéré 5 abcès du foie dont 2 dus à des calculs du cholédoque, 2 à une pérityphlite et 1 à la grippe. Chez l'un des deux malades atteints de lithiase biliaire, il s'agissait d'un simple abcès par contiguïté, au voisinage de la vésicule; il a guéri, à l'aide d'une large incision. Chez l'autre, il y avait des foyers multiples d'angiocholite suppurée. L'abcès le plus volumineux fut ouvert, mais il en existait plusieurs autres, dans le lobe gauche, qui entraînèrent la mort.

Des 2 abcès consécutifs à une pérityphlite, l'un a guéri, l'autre, presque guéri, a amené la mort par des suppurations multiples le long du rachis et dans le petit bassin. Enfin la malade chez laquelle on n'a trouvé d'autre cause à son abcès hépatique qu'une grippe, a guéri. Deux des malades avaient en outre une pleurésie séreuse.

Kœrte est partisan de la ponction exploratrice pour assurer le diagnostic. Comme procédés opératoires, il a recouru une fois à la ponction avec un gros trocart suivie de drainage. L'abcès, suite de calculs, se trouvait à 12 centimètres de profondeur. C'est la malade qui a succombé à une péritonite due à des abcès multiples du lobe gauche, tandis que l'abcès ouvert et drainé se trouvait dans le lobe droit. Il a pratiqué trois fois une incision transpleurale avec résection de côte et incision du diaphragme. Il n'y a eu de complications que chez une malade qui avait une pleurésie. Durant l'opération, la cavité thoracique ne fut pas ouverte, parce qu'il y avait des adhérences pleurales. Le 10e jour, l'épanchement pleural se rompit dans la plaie, amenant en outre un pneumothorax, une pleurésie purulente et un abcès sous-diaphragmatique qui exigea la résection de deux côtes à la partie postérieure du thorax pour assurer l'écoulement du pus. Néanmoins l'opérée guérit.

Kœrte n'est pas favorable à la méthode de Stromeyer et Little à laquelle il reproche d'opérer à l'aveugle. Le procédé le plus recomman-

dable pour lui est la large incision, couche par couche, et à défaut, la ponction suivie de drainage.

L'examen bactériologique dans les cinq cas a fourni une fois la bactérie banale du colon, les quatre autres fois, des streptocoques mêlés parfois de bacilles de la putréfaction. J. B.

De la cholédochotomie proprement dite, par TERRIER (*Revue de chirurgie n° 11, p.* 897, 1892).

Terrier a rassemblé toutes les opérations publiées de cholédochotomie, et y ajoutant une observation personnelle arrive à un chiffre total de 17 cas.

La cholédochotomie a été pratiquée surtout chez des femmes; sur 17 opérations, on compte 15 femmes et 2 hommes. L'âge des opérés varie entre 26 et 62 ans.

Les signes d'obstruction du canal cholédoque qui motivent l'intervention sont les suivants : attaques plus ou moins anciennes de coliques hépatiques, puis ictère apparaissant parfois brusquement à la suite d'une colique plus violente. L'ictère persiste, s'accompagne parfois d'accidents fébriles plus fréquents qu'on ne le pense généralement; surviennent des accidents généraux graves, amaigrissement rapide, affaiblissement, état cachectique dus à la cholémie.

La technique opératoire est longuement analysée d'après les détails fournis par chaque observation :

Pour l'incision de la paroi abdominale, Terrier rejette les incisions transversales, obliques, courbes, coudées, etc. ; il conseille une incision verticale, longue primitivement de 10 à 12 centimètres, sur le bord externe du muscle droit ; cette incision peut être agrandie au besoin pour faciliter les manœuvres toujours difficiles sous la face inférieure du foie.

Le péritoine ouvert, le chirurgien s'efforce de trouver la vésicule biliaire ; or, cette recherche est souvent très pénible, parfois absolument infructueuse à cause de la présence fréquente d'adhérences cellulo-fibreuses entre la face inférieure du foie et les organes voisins, épiploon, colon transverse, parfois même estomac ; de plus, et c'est là un fait très curieux et très important à connaître, la vésicule est d'ordinaire petite, atrophiée, rétractée au milieu des fausses membranes. Des observations de Terrier, de Bœckel, de Quénu, prouvent qu'il peut être absolument impossible de la découvrir. Cette atrophie de la vésicule, notée 10 fois sur 17 observations, semble résulter de phénomènes d'inflammation chronique des voies biliaires, se traduisant, à un moment donné, par une atrophie, par une rétraction cicatricielle plus appréciable au niveau de la vésicule que partout ailleurs, mais pouvant, comme dans l'observation de Terrier se prolonger dans le foie sous la forme d'une périangiocholite chronique.

Dans 8 des cas cités par Terrier, la cholédochotomie fut immédiatement précédée d'une cholécystomie ou d'une cholécystectomie.

Les détails manquent dans la plupart des observations sur la recherche du canal cholédoque et sur l'exploration de ce canal pour déterminer la présence et le siège des calculs.

Lorsque la vésicule n'a pu être découverte, cette recherche est diffi-

cile ; Terrier s'est guidé en pareil cas sur la présence des ganglions lymphatiques qui entourent le col de la vésicule et qu'il a pu reconnaître après avoir vainement cherché la vésicule ; au-dessous de ces ganglions il a pu toucher et suivre du doigt le canal cholédoque jusqu'à la tête du pancréas et sentir le calcul enclavé à l'extrémité inférieure du canal.

Le siège des calculs est variable ; c'est le plus souvent la partie inférieure du canal ou l'ampoule de Vater.

Le calcul étant reconnu, sa situation déterminée, on a souvent cherché à isoler le canal, à le soulever, à l'immobiliser sur un doigt introduit en crochet dans l'hiatus de Winslow.

Les tentatives de refoulement dans l'intestin n'ont jamais donné de résultat.

L'incision a été faite directement sur le calcul, d'ordinaire dans le sens de l'axe du canal.

D'ordinaire l'extirpation est facile, parfois il a fallu broyer le calcul, l'extraire avec un levier ; dans une observation de Thornton, il fut impossible d'extraire les fragments après broiement du calcul.

Le calcul enlevé, la suture a été presque toujours pratiquée. Dans 2 cas seulement on se contenta d'un tamponnement iodoformé et d'un drainage. Dans les deux cas il y eut une fistule biliaire qui guérit complètement.

Terrier conseille avant de pratiquer la suture de s'assurer de la perméabilité du canal cholédoque du côté de l'intestin et du côté du foie ; le cathétérisme doit être pratiqué avec une petite bougie urétrale à bout olivaire n° 9 ou n° 10. Les sutures sont ensuite faites soit en un seul plan soit en deux plans, pour assurer une occlusion parfaite. Mais, malgré le soin avec lequel sont passés les fils, il est prudent de faire un drainage de sûreté qui mette en garde contre la filtration d'un peu de bile à travers la ligne de suture.

Les résultats de la cholédochotomie ont été généralement bons : sur 17 opérations, 14 guérisons et 3 morts.

Si, dans certaines circonstances, ne pouvant atteindre le calcul, les chirurgiens ont préféré recourir à la cholécystentérostomie, la cholédochotomie doit être aujourd'hui, d'après Terrier, l'opération de choix, dans le cas de calcul du canal cholédoque. C. WALTHER.

Un cas de cholécystentérostomie, par LAMBOTTE (*Journ. de méd. Bruxelles*, *juillet* 1892).

Une femme de 25 ans souffrait de crises hépatiques : jamais on n'avait constaté de calculs; la vésicule n'était pas distendue, mais il existait un ictère intense. L'état général devenant très grave, on intervint.

La vésicule était petite, contenait un liquide clair, filant, sans trace de bile : on pratiqua une fistule cysto-cutanée : nulle part on ne constata l'existence de calcul. Vers le huitième jour, un peu de bile vint souiller le pansement : cet écoulement persista et tous les signes graves disparurent.

Au bout d'un an, pour guérir cette fistule biliaire, Lambotte créa une fistule intestinale sur le gros intestin, immédiatement à côté de la fistule biliaire : puis l'éperon fut détruit avec une pince de Péan, et on obtint un anus artificiel dont un orifice correspondait à la vésicule, et l'autre à l'intestin. Lorsqu'on voulut oblitérer l'orifice cutané, la bile reflua par la plaie abdominale, et s'opposa à la réunion : pour éviter cet obstacle, on introduisit par cette

plaie un tube en caoutchouc qui, allant de la vésicule à l'anus, conduisit la bile au dehors jusqu'à ce que la guérison de la fistule fut obtenue.

MAUBRAC.

Ueber chirurgische Behandlung der eiterigen Peritonitis, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 31, *p.* 784, 1er *août* 1892).

Kœrte a opéré 19 péritonites généralisées suppurées; 6 des malades ont guéri ; l'un a encore une fistulette intestinale. Il n'a point choisi ses cas, qui comprennent tous ceux admis depuis deux ans à l'hôpital d'Urban. Il ne s'agit ici ni de gangrènes de l'intestin, ni de péritonites tuberculeuses.

L'âge des 19 opérés oscillait entre 2 1/2 et 71 ans. 4 des 6 guéris ont de 18 à 31 ans; les 2 autres ont 49 et 56 ans et ont été opérés de bonne heure.

12 des malades avaient la forme fibrineuse de la maladie, 6 d'entre eux ont survécu; 7 avaient la forme putride, sans adhérences, tous ont succombé.

Chez 17 des opérés, la péritonite était la conséquence d'une perforation, provenant 9 fois de l'appendice vermiforme, 2 fois d'ulcérations typhoïdiques, 2 fois de rupture de l'intestin, 1 fois d'un ulcère gastrique et 3 fois de plaies de l'abdomen. Chez les 2 derniers opérés, la péritonite était survenue à la suite de la réduction de hernies (par les malades eux-mêmes) et de l'infection consécutive du péritoine par le liquide du sac.

16 ont été opérés dans les 4 premiers jours qui ont suivi l'apparition des phénomènes inflammatoires; c'est cette catégorie qui a fourni les 6 guérisons. Les 3 malades opérés plus tard que le 4e jour sont tous morts.

La règle fondamentale du chirurgien doit être d'abréger et de simplifier le plus possible son intervention, de se borner à évacuer le plus possible de pus (à l'aide de lavages, s'il existe des adhérences, sinon, en l'étanchant simplement). Toute manipulation dans la cavité péritonéale enflammée ne fait que favoriser le collapsus. Les adhérences doivent être soigneusement ménagées; aussi évitera-t-on de rechercher longuement la perforation qu'on ne refermera que si elle est facilement accessible. On s'abstiendra également de toute opération plus vaste, telle que résection, etc.

Le drainage est nécessaire; à cet effet, la gaze iodoformée est insuffisante à elle seule, il faut y adjoindre des tubes.

L'évolution de la guérison a toujours été lente; souvent il a fallu faire encore beaucoup d'incisions secondaires.

Les fistules intestinales sont une complication désagréable, réclamant fréquemment de nouvelles opérations ; cependant chez l'un des opérés de Kœrte, la fistule s'est fermée spontanément.

2 opérés ont eu une parotidite; l'une a suppuré et a contribué à la terminaison fatale.

La guérison est souvent suivie de hernies ventrales. L'un des malades a dû, un an plus tard, subir une nouvelle opération pour ses éventrations.

La mort s'est produite 1 fois durant l'opération, 3 fois presque immé-

diatement après, 6 fois dans les premières 24 heures, 1 fois le 2e jour et 1 fois le 3e. Parmi les opérés qui ont dépassé le 3e jour, 1 seul a succombé, c'était un typhoïdique qui est mort d'inanition le 15e jour ; sa péritonite était guérie. Toutes les autres autopsies ont démontré l'existence d'une péritonite.

Dans la plupart des cas, l'épanchement renfermait des streptocoques, plus rarement des staphylocoques et en outre un grand nombre de petits bâtonnets, de bacilles de la putréfaction, de diplocoques ; la bactérie banale du colon était fréquente.

Chez la malade dont le péritoine avait été infecté par le liquide herniaire, il y avait à côté de nombreux bacilles, des diplocoques très virulents pour les souris.

En résumé, l'opération ne réussit jamais qu'à sauver un nombre restreint de malades atteints de péritonite suppurée, mais en présence du pronostic absolument mauvais de cette affection, l'opération doit être tentée comme ultime ressource, surtout chez les individus jeunes et robustes. L'opération doit être le moins grave possible et se borner essentiellement à évacuer le pus et à en assurer le libre écoulement au dehors.

J. B.

Contributo alla cura della peritonite tubercolare con la laparotomia, par A. CECCHERELLI (*La Riforma medica, p.* 387, 400 *et* 411, 11, 12, 13 *août* 1892).

Ceccherelli rapporte 9 observations de péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie et terminées toutes par la guérison constatée au bout d'un temps plus ou moins long. Cette opération a pour avantages d'évacuer le liquide ascitique qui est une cause d'irritation et d'inoculation pour le péritoine et de permettre le lavage de la séreuse.

Pour le lavage, Ceccherelli emploie une solution composée de 1 gramme d'acide thymique pour 100 grammes d'alcool et 900 grammes d'eau ; cette solution est portée à 40-45°, et l'auteur en fait passer en 2 ou 3 fois 9, 10 ou 11 litres dans le péritoine, en ayant soin d'enlever avec de petits linges les petits coagula fibrineux qui se précipitent sous l'influence de l'alcool.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Therapie der Peritonealtuberculose, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, 1er *janvier* 1893).

Le péritoine malade est tout particulièrement sensible à l'action de air. Or, selon Mosetig, l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, résiderait précisément dans l'irritation provoquée par l'introduction de l'air dans la cavité abdominale. Voici une observation à l'appui de cette thèse :

Garçon de 4 ans, entré à l'hôpital en mai 1892. Ascite considérable, hydrocèle funiculaire, nodules tuberculeux de l'épididyme et du vas deferens. La tunique vaginale étant ouverte, on introduit par la solution de continuité un drain de la grosseur d'une plume à travers le trajet inguinal dans la cavité abdominale. Écoulement de 1,700 grammes de sérosité. Ablation des parties malades. L'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose de l'épididyme. Au moyen d'un double ballon et de l'appareil de Woolf, renfermant une solution phéniquée chaude on insuffle de l'air dans la cavité abdominale jusqu'à notable extension de parois. Le drain est ensuite enlevé et la

vaginale suturée. Pas de réaction. L'air flottant librement dans le ventre est résorbé en deux jours. L'enfant, revu en octobre 1892, se porte bien. Plus trace d'ascite.

Si la paracentèse abdominale, suivie d'insufflation d'air, justifiait sa réputation dans d'autres cas, elle serait préférable à la laparotomie, tout au moins dans ces formes de tuberculose abdominale avec beaucoup d'ascite, parce que, toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus facile et moins dangereuse. CART.

Un cas de suture du poumon, par GUERMONPREZ (*Bull. acad. de méd. et Gaz. des hôpit.*, *15 septembre* 1892).

Ce fait concerne un jeune homme de 18 ans qui, dans le cours d'une fièvre scarlatine, fut atteint de pyo-pneumothorax, pour lequel on pratiqua d'abord l'empyème; un mois plus tard la thoracoplastie devint nécessaire, et fut ainsi exécutée :

On prolongea la première incision (faite suivant la direction de la 9e côte), verticalement le long de la série des apophyses épineuses. Six côtes furent successivement enlevées jusqu'aux limites de la cavité en avant et en haut; on découvrit ainsi l'orifice inférieur de la fistule broncho-pulmonaire qui, masqué par le poumon, était situé plus bas que le hile pulmonaire et répondait à peu près au milieu de l'espace compris entre la tête et l'angle de la côte; sa dimension verticale avait un peu plus de 4 centimètres et ses limites supérieure et inférieure se confondaient avec la coalescence déjà effectuée en haut et en bas entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale.

Pour exécuter la suture des deux lèvres de cet hiatus, trois fils de catgut furent passés avec l'aiguille de Sims, de petite dimension.

Leur application fut assez minutieuse.

L'un d'eux, celui qui répondait exactement au milieu du trajet de la fistule, prenait une épaisseur importante des tissus ; il passait au delà d'un faisceau aponévrotique du muscle intercostal interne, d'une part, et il embrassait environ 1 centimètre de parenchyme pulmonaire en largeur et en profondeur, d'autre part. Dès qu'il fut serré, on cessa d'entendre et de voir passer l'air à chaque mouvement respiratoire. Le souffle bruyant de la fistule broncho-pleurale fut définitivement supprimé.

Cicatrisation 38 jours après l'opération. Convalescence assez longue, puis guérison complète. OZENNE.

I. — Kyste hydatique du poumon. Pneumotomie. Guérison, par BOUILLY (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p.* 577).

II. — Gangrène du poumon. Pneumotomie, par MONOD (*Ibidem*, *XVIII*, *p.* 578).

III. — Zwei Fälle von circumcripter Höhlenbildung in der Lunge... (Deux cas de cavernes du poumon, suites de pneumonie et de bronchite fétide guéries par la pneumotomie), par HOFMOKL (*Wiener med. Presse*, 26 *novembre 4 décembre* 1892).

I. — Chez un garçon de 15 ans 1/2, observé par Netter, et atteint d'un kyste hydatique siégeant à la partie supérieure et antéro-latérale du poumon gauche, après ponction exploratrice qui avait ramené du liquide puriforme avec des crochets, Bouilly fit la pneumotomie le 13 juin 1892.

Incision de 8 à 10 centimètres légèrement courbe au niveau de la 4e côte et du 3e espace, sous l'aisselle. Résection de la 4e côte. Ouverture du poumon adhérent ; évacuation de pus et de gaz fétides et extraction d'une membrane hydatique du volume de 2 poings. Réunion avec drainage après nettoyage de la cavité avec des tampons.

Ablation des sutures le 19 juin; ablation du tube déjà raccourci le 16 juillet; le 20 juillet, cicatrisation complète.

Guérison définitive; sonorité normale; respiration normale.

II. — Homme de 48 ans, soigné par Netter pour un foyer de gangrène pulmonaire situé à la partie moyenne du poumon gauche en arrière; ponction exploratrice, confirmation du diagnostic.

Incision de 6 centimètres dans le 8e espace, à 3 ou 4 travers de doigt des apophyses épineuses. Incision du poumon sain à sa surface mais maintenu par des adhérences; ouverture du foyer profond, dirigé en haut et en dedans, allant jusqu'à une profondeur de 10 centimètres. Nettoyage avec tampons imbibés de naphtol camphré.

Résection de la 9e côte. Drainage et sutures. Au 8e jour, suppression des drains; le 18e jour le malade quitta l'hôpital avec une fistulette qui se ferma bientôt après. C. WALTHER.

III. — Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 32 ans atteint d'un abcès du poumon, consécutif à une pleuro-pneumonie auquel on fit le 19 septembre 1888 la résection de 6 centimètres environ de la 7e côte. L'abcès reconnu avec le doigt, on y enfonça la pointe du thermo-cautère dans diverses directions à une profondeur de 3 à 5 centimètres. Evacuation de sang et de pus. Guérison complète le 8 novembre 1888.

Le deuxième cas concerne un homme de 25 ans atteint de bronchite fétide avec cavité située dans le lobe supérieur gauche. Le 4 octobre 1892, résection de 8 centimètres de 3e côte gauche, ouverture de l'abcès au thermo-cautère. Guérison le 14 novembre. CART.

Pneumotomy for pulmonary abscess, par ANDREWS (*Chicago med. recorder*, *n°* 7, *p.* 537, 1892).

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme qui présenta de l'induration du poumon droit et consécutivement un abcès. Il existait de la toux, une expectoration abondante et fétide, de l'anasarque et une cachexie commençante. On n'avait jamais constaté de bacille tuberculeux dans les produits expectorées. Une première ponction, pratiquée dans le but d'évacuer du pus contenu dans la cavité pleurale, resta infructueuse, la plèvre paraissant oblitérée. Une nouvelle ponction, à trois ou quatre pouces de profondeur, rencontra une large cavité entourée d'une coque calcaire. Une incision fut alors pratiquée en avant de la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal : la plèvre était complètement adhérente : un tube fut introduit dans la cavité et donna bientôt issue à un écoulement abondant de pus. L'amélioration fut rapide : la fièvre disparut, et en même temps la cachexie.

Au bout de 4 mois, la paroi thoracique s'était affaissée, le tube à drainage était comprimé : on pratiqua alors la résection sous-périostée des 4e, 5e, 6e et 7e côtes; la plèvre avait une épaisseur de un demi-pouce; on fit une incision dans le lobe moyen du poumon, et on ouvrit une cavité s'étendant en haut et en arrière, et dont la paroi avait un pouce et demi d'épaisseur; cette cavité avait la capacité d'un litre environ, et s'ouvrait dans une des grosses bronches postérieures; le revêtement calcaire qui la recouvrait fut en majeure partie extrait, et la cavité bourrée de gaze, qu'on retira au bout de 48 heures.

Les résultats furent dès le début excellents : la température et le pouls tombèrent; les frissons et les sueurs cessèrent, et l'appétit augmenta. La cavité donna issue à du liquide dont la quantité diminua graduellement, en même temps que cette cavité diminuait de capacité. MAUBRAC.

Étude anatomo-pathologique et clinique sur la tuberculose rénale, par TUFFIER (*Archives de méd.*, *mai et juin* 1892).

La tuberculose rénale, au point de vue anatomique, se présente sous deux formes : la granulation miliaire et l'infiltration tuberculeuse du rein. Cette dernière peut être, dans des cas rares, du ressort de la chirurgie.

La tuberculose rénale revêt à ce point de vue plusieurs aspects absolument différents. Elle se manifeste sous forme : 1° de pyélo-néphrite tuberculeuse ; 2° d'infiltration de noyaux tuberculeux dans l'épaisseur de l'organe ; 3° d'hydronéphrose tuberculeuse ; 4° de tuberculose massive du rein.

Au point de vue de la clinique, l'évolution de la tuberculose rénale comprend, dans son type classique, deux périodes : dans la première, la néoplasie s'affirme par des phénomènes congestifs : polyurie limpide, fréquence des mictions. La deuxième période est caractérisée par une polyurie trouble. A côté de ce type classique, il existe des faits dans lesquels la tuberculose rénale semble évoluer primitivement, sans trahir sa présence par aucun trouble fonctionnel.

L'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale est admissible lorsque la lésion est unilatérale et que la tuberculose est bien localisée.

Deux méthodes sont en présence : la néphrotomie et la néphrectomie. Dans une statistique personnelle de Tuffier, la néphrotomie donne une proportion de 47,8 0/0 de mortalité. De plus, elle a été suivie de fistule et de récidive dans la plupart des cas. Dans la néphrectomie, la mortalité opératoire est de 29,8 0/0.

RICHARDIÈRE.

Néphrotomie d'urgence pour anurie, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 22 *janvier* 1893).

Relation d'une néphrotomie pratiquée chez une femme de 36 ans, graveleuse d'ancienne date, avec coliques néphrétiques, entrée à l'hôpital le 29 octobre pour une anurie datant de quatre jours. Le lendemain, émission d'urine; puis nouvelle anurie quelques jours plus tard. L'examen fait diagnostiquer une pyélo-néphrite calculeuse droite; le rein gauche est indolent et doit être détruit. Les phases d'anurie se répètent, et l'urine émise dans l'intervalle est purulente.

Néphrotomie lombaire; incision du rein. Pas de calculs. Drainage du bassinet. Mort le lendemain d'urémie.

A l'autopsie, rein gauche polykystique contenant un peu de liquide trouble, épais, visqueux. Uretère épaissi. Rein droit (opéré) infiltré de foyers purulents, sans calculs. Uretère rétréci par places par le gonflement de la muqueuse. Vessie normale. La putréfaction des pièces ne permet pas l'examen histologique.

L'auteur discute l'opportunité de l'intervention dans l'anurie d'après les cas publiés jusqu'à ce jour et son expérience personnelle.

A. CARTAZ.

Opération du rein mobile, par KOCHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzt.*, *n°* 16, *p.* 522, 15 *août* 1892).

Kocher a renoncé à suturer le rein mobile parce que les sutures sectionnent les tissus et que l'organe reprend sa mobilité. Il amène dans

la plaie, qu'il traite à ciel ouvert, une portion de la substance corticale du rein mise à nu. Le tissu des bourgeons charnus envoie à l'intérieur de cette susbtance corticale du tissu conjonctif résistant. C'est ainsi qu'il obtient une solide fixation cicatricielle de l'organe. J. B.

I. — Die Fixation der Wanderniere an die vordere Flaeche des Quadr. lumb- und an das Zwerchfell, par RIEDEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 28, *p.* 685, 11 *juillet* 1892).

II. — Anhang, par LE MÊME (*Ibidem*, *p.* 687).

I. — Pour fixer le rein mobile, Riedel a eu une fois recours à l'opération de Hahn (*R. S. M.*, XXIV, 308). Mais la lombe n'offre pas une place suffisante pour l'organe dont l'extrémité inférieure se porte alors en avant, venant reposer à la face interne du rebord postéro-supérieur du bassin. Dans cette situation, l'extrémité inférieure du rein est accessible en avant et le rein molesté par les cordons des jupes, reste la cause de souffrances.

Riedel s'est alors ingénié à le fixer dans sa position normale. Chez 3 malades il a d'abord refoulé le rein sous le diaphragme après avoir détaché la capsule fibreuse de toute la face postérieure, puis il a suturé la partie inférieure de cette capsule ou le rein lui-même, tantôt aux muscles voisins, tantôt au périoste de la dernière côte. Bien que les résultats fussent meilleurs que ceux de l'opération précédente, le tissu cicatriciel tirait en arrière l'extrémité inférieure de l'organe tandis que l'extrémité supérieure basculait en avant, de sorte que, fait anormal, on sentait le rein directement sous la peau de la région lombaire et les malades conservaient une certaine sensibilité douloureuse.

Riedel se décida donc à fixer non seulement l'extrémité supérieure au diaphragme, mais aussi l'extrémité inférieure à la face antérieure du carré des lombes, en procédant de la façon suivante.

Une incision menée du milieu de la douzième côte vers le rebord du bassin, met à découvert le bord externe du carré lombaire sans léser ce muscle. L'atmosphère graisseuse, puis la capsule fibreuse sont détachées de toute la face postérieure du rein qu'on met à nu. On repousse alors le rein au-dessous du diaphragme, de manière que l'extrémité inférieure reste seule visible. On suture ensuite avec du catgut le côté interne de la capsule fibreuse à la face antérieure du carré des lombes; puis on invagine le plus profondément possible le péritoine et le tissu adipeux sous-séreux qu'on suture sur le côté externe de la capsule fibreuse. La partie inférieure du rein se trouve ainsi fixée dans la profondeur, tandis que l'extrémité supérieure est encore libre au niveau du diaphragme. Pour provoquer un certain degré d'irritation, Riedel verse alors dans la plaie du bismuth suspendu dans une solution de sublimé et insinue entre le rein et le diaphragme, une large bande de gaze iodoformée recouvrant toute la face postérieure du rein qui déborde le diaphragme. Un second tampon de gaze comble l'espace qu'occupait le rein déplacé; un troisième, enfin, est appliqué sur la partie inférieure du rein qui repose sur le carré lombaire. Les extrémités de ces 3 tampons sont munies, chacune, d'un fil de soie, qu'on ramène au dehors; après quoi, le carré lombaire est suturé aux muscles abdominaux, la plaie cutanée tamponnée, et un

bandage appliqué. Ce premier pansement est laissé autant que possible 4 semaines; si les sécrétions obligent à le changer plus tôt, on n'enlève que les couches de gaze les plus superficielles. Au bout de 4 semaines, on retire les tampons profonds, à l'aide des fils, en commençant par le moyen et en terminant par le supérieur dont l'extraction est la plus difficile. Pour cette opération il peut être nécessaire d'endormir l'opérée. On place un drain dans la partie sous-costale de la cavité bourgeonnante; on le raccourcit peu à peu avant de l'enlever quelques semaines plus tard. Les malades restent alitées 10 ou 12 semaines en tout, puis on les pourvoit d'un corset élastique pour prévenir une hernie. La cicatrice cutanée est quelquefois assez large pour qu'il y ait lieu, plus tard, de l'exciser. Riedel a pratiqué 6 fois (1 fois des 2 côtés) cette opération sur 5 malades qui sont guéries depuis 1 an ou 18 mois.

II. — Riedel a eu recours à une opération analogue chez une femme atteinte d'un triple prolapsus du rectum, de l'utérus et du vagin. A chaque effort abdominal, l'intestin faisait une saillie de 15 centimètres, tandis que le col utérin apparaissait à la vulve. Après avoir vainement tenté de faire disparaître le prolapsus rectal en rétrécissant le calibre intestinal d'abord à l'aide du cautère actuel, puis en excisant une partie de la paroi postérieure. Riedel fit l'opération suivante : incision du raphé remontant à 3 centimètres en arrière de l'anus; résection du coccyx: détachement sous-péritonéal de l'intestin dont le releveur anal n'est plus reconnaissable. Refoulement en haut de l'intestin; tamponnement avec la gaze iodoformée de l'excavation sacrée en arrière et sur les côtés de l'intestin; fixation de l'extrémité des tampons au tissu conjonctif sous-cutané; excision d'un tronçon cunéiforme à la marge antérieure de l'anus. Le quarantième jour, en retirant les tampons, on constate à la paroi postérieure du rectum une perte de substance de la grandeur d'un thaler, occasionnée par la pression des tampons. La perforation finit par se combler et la paroi postérieure du rectum resta soudée au sacrum. Riedel attribue la gangrène (qui n'a d'ailleurs pas eu de résultats fâcheux) à son tamponnement excessif. J. B.

Fistule uretéro-cutanée traumatique, néphrectomie, par THIRIAR (*Mercredi méd.*, 6 *avril* 1892).

Il s'agit d'une femme de 40 ans, multipare qui, en 1887, est opérée d'un kyste de l'ovaire du côté gauche. Une grossesse de deux mois n'est pas interrompue par l'opération. Fin janvier 1891, nouvelle augmentation de l'abdomen et, vers la fin de l'année, un nouvel examen fait penser à l'existence ou d'un deuxième kyste ovarique ou d'une grossesse extra-utérine.

La laparotomie fait découvrir un kyste dont l'ablation dut être suivie d'une hystérectomie supra-vaginale ; au cours de l'opération section de l'uretère, dont le bout rénal est suturé à la paroi abdominale. Un an plus tard, néphrectomie et guérison en quelques jours. OZENNE.

Rein mobile : indications et contre-indications de la néphrorraphie, par FARAGGI (*Thèse de Paris*, n° 3, *novembre* 1892).

Dans le cas de rein mobile simple, les indications opératoires sont : Si le rein mobile est franchement traumatique et qu'il provoque des

accidents douloureux plus ou moins violents, il y a indication à opérer, après l'échec d'un appareil prothétique bien confectionné. Il y a aussi indication d'opérer, lorsque le rein ectopié entrave le jeu normal des organes environnants. Mais il y a lieu de temporiser et d'essayer une ceinture toutes les fois que chez une neurasthénique le rein mobile ne paraît pas dû à un traumatisme.

Une néphrite aiguë ou chronique, l'âge avancé, la cachexie des malades sont des contre-indications.

Pour le rein mobile compliqué, on n'interviendra que lorsque le rein déplacé provoque des douleurs atroces qu'aucun appareil ne parvient à calmer; et quand il y a des signes évidents d'hydronéphrose intermittente, ou de la pyonéphrose intermittente due à la coudure de l'uretère.

MAUBRAC.

Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme, par ALBARRAN (*Mercredi méd.*, 25 *janvier* 1893).

Homme de 31 ans opéré, en 1890, par la taille hypogastrique, d'un épithélioma papillaire pavimenteux de la vessie.

Un an après, récidive du néoplasme qui, dans l'espace de 15 mois, s'étend sur une surface comprise entre le col, l'orifice uretéral gauche et le bord du trigone.

La symphyséotomie ayant été pratiquée et la vessie étant incisée, on reconnut l'existence de deux tumeurs sessiles, ce qui nécessita la résection, dans toute son épaisseur, d'un segment trapézoïde de la vessie, ayant 6 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur. Sutures de la vessie et sutures de la paroi abdominale. Guérison un mois et demi après l'opération.

Pas de récidive quatre mois plus tard. OZENNE.

La cystotomie sus-pubienne à travers le muscle grand droit de l'abdomen, par JABOULAY (*Mercredi méd.*, 7 *septembre* 1892).

Sur un malade atteint de rétention d'urine, d'origine prostatique, Jaboulay a fait la taille sus-pubienne à travers le muscle grand droit de l'abdomen, de façon à obtenir un sphincter contractile s'opposant à l'issue continue de l'urine, qui a souvent lieu à la suite de la taille médiane. Une fois l'incision de la paroi abdominale exécutée et le péritoine relevé, il a ponctionné et incisé la vessie, puis suturé les lèvres de la plaie à la peau, sans prendre les faisceaux musculaires voisins. A la suite de l'opération il y eut pendant quelques jours une légère suppuration; la cicatrisation vésico-cutanée effectuée, on put noter que l'urine ne s'échappait pas continuellement par le méat artificiel; il existait bien évidemment un appareil contractile qui s'y opposait. A l'autopsie qui eut lieu 6 semaines plus tard, le malade ayant succombé à une néphrite double, on constata la présence d'un canal oblique de haut en bas, allant de la peau à la vessie et ayant 2 centimètres et demi de longueur. On peut présumer qu'avec le temps ce nouvel urètre se serait mieux développé, et doublé des fibres musculaires contractiles du grand droit, serait parvenu à réaliser la contention de l'urine. OZENNE.

Traitement de quelques hémorragies vésicales graves par la cystotomie sus-pubienne, par PONCET (*Le Mercredi méd.*, 30 *novembre* 1892).

La cystotomie sus-pubienne ou mieux l'épicystotomie, paraît, d'après

Poncet, être le traitement de choix de certaines hémorragies graves, rebelles, qu'on voit quelquefois chez les prostatiques et chez les tuberculeux vésicaux. Elle est indiquée, chez les prostatiques, lorsque l'hémorragie est le phénomène principal, qu'elle provienne de la rupture d'une veine variqueuse, ou soit liée à de la cystite ancienne. Dans les cas de tuberculose vésicale l'épicystotomie pare non seulement aux dangers de l'hémorragie, mais encore soulage les malades. Lorsqu'il existe de la cystite infectieuse, elle permet de rendre aseptique la cavité vésicale, ce qui facilite l'arrêt de l'hémorragie. OZENNE.

Extirpation d'une matrice et d'une trompe herniée chez un homme, par J. BŒCKEL (*Bull. acad. de méd. et Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *septembre* 1892).

Jeune homme de 20 ans, ayant eu, peu après sa naissance, une hernie, pour laquelle il avait porté un bandage pendant quatre ans. Pendant une dizaine d'années aucun accident, puis subitement, dans l'aine gauche, apparition d'une tumeur, que l'on réduisit. Depuis cette époque, port d'un bandage, au niveau duquel le malade ressent presque constamment des douleurs, devenues intolérables.

Bœckel constate une hernie de moyen volume, réductible et en partie coercible.

Le malade endormi, la hernie disparaît complètement; on le réveille, elle reparaît; on le rendort, elle redisparaît, et, avant d'opérer, on note que la bourse droite est vide, et que la bourse gauche renferme un testicule notablement hypertrophié, présentant le double de volume d'un testicule normal, sans trace d'hydrocèle. Le testicule droit ne se révèle nulle part.

La tumeur ayant été incisée, et le sac herniaire, qui communique avec la tunique vaginale, fendu, on aperçoit, au-dessus du testicule, un corps allongé, triangulaire, mesurant 6 à 8 centimètres, et ne pouvant être refoulé dans l'abdomen, quoique mobile. Le canal inguinal est libre, mais à sa partie supérieure se voit un corps blanc nacré, ovoïde, que l'on attire à travers le canal, et qui se présente sous l'aspect d'une trompe kystique, derrière laquelle se trouve un autre corps ressemblant à un utérus; le tout est réséqué, et l'opération terminée comme d'ordinaire.

L'examen histologique a démontré que cette partie réséquée, longue de 175 millimètres, se composait de trois parties :

1° Un *testicule*, mesurant 30 millimètres de longueur, 20 de largeur et 18 d'épaisseur.

2° A l'extrémité opposée de la pièce, *un utérus,* c'est-à-dire un corps triangulaire, ayant la forme d'une enclume, mesurant 55 millimètres et 45 millimètres par deux de ses côtés.

3° Un ligament unissant ces deux organes et d'une longueur de 140 millimètres; dans son bord libre se trouvait une véritable trompe, dont l'extrémité décrivait un arc de cercle au-dessus du testicule; à ce niveau se voyait une hydatide de Morgagni, du volume d'un pois.

Ce ligament formait un méso au testicule et renfermait dans son intérieur, sous la trompe, un épididyme, d'une certaine longueur, dont la queue cheminait parallèlement à la courbe décrite par la trompe, à laquelle elle était accolée. Les vaisseaux du testicule étaient isolables un peu plus bas.

On trouvait, en outre, dans le ligament une chaîne ininterrompue de corpuscules glandulaires qui, en s'unissant entre eux, près de l'utérus, constituaient un canal unique (canal déférent), d'une longueur de 55 millimètres.

L'épididyme déplissé mesurait 100 millimètres de longueur.

Quant au corps triangulaire, il n'était autre chose qu'un utérus avec cornes

perméables, muqueuse à cils vibratiles et fibres musculaires normales.
Il n'existait aucune trace d'ovaires. OZENNE.

Des adénites de la joue (adénites géniennes), par Paul VIGIER (*Thèse de Lyon*, 1892).

V. reconnaît dans la région de la joue deux variétés de ganglions, superficiels (massétérins, commissuraux et sous-orbitaires) et profonds, sous l'aponévrose du buccinateur.

Les inflammations de ces ganglions peuvent être aiguës (adéno-phlegmon dentaire) ou chroniques. Parmi ces dernières, V. publie douze cas d'adénite génienne, concomittante à des adénites cervicales, et trois cas d'adénite cancéreuse (cancroïde de la lèvre, des paupières). Le diagnostic doit être fait avec les lipomes, les gommes et les kystes sébacés. A. CARTAZ.

Réflexions sur le pseudo-phlegmon du cou, par VERGELY (*Arch. clin. Bordeaux, août* 1892).

Jeune homme de 19 ans; antécédents personnels et héréditaires arthritiques. A la suite d'une promenade en voiture découverte, par un vent vif et froid, accroissement d'une douleur cervicale, existant depuis plusieurs jours : on note de plus à la partie antéro-inférieure gauche du cou, au-devant du sterno-mastoïdien, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, mal circonscrite, de consistance pâteuse et sensible au toucher; un peu de gêne de la déglutition, voix voilée. Pas de lésions inflammatoires des parties voisines. Le lendemain augmentation de l'empâtement qui a gagné tout le cou, dont la peau a une teinte rosée. Fièvre; déglutition plus gênée. Les jours suivants il y a une diminution de volume du cou, mais l'œdème s'est étendu en collerette, au-dessous de la clavicule gauche, au-devant du sternum et jusqu'au devant de la clavicule droite. L'aspect est celui d'un phlegmon. Mais, en une dizaine de jours, ces différents phénomènes disparaissent; seule la tumeur sous-sterno-mastoïdienne persiste fluctuante et une ponction en fait ressortir une cuillerée de liquide sanguinolent. Guérison en quelques jours.

Pour l'auteur ce fait est un exemple de pseudo-phlegmon rhumatismal, analogue aux faits publiés par Davaine, Kirmisson, Testelin, Ph. Cœur, etc. OZENNE.

Ueber Geschwülste des Zungenbeines (Tumeurs de l'os hyoïde), par SPISHARNY (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 38, *p.* 853, 1892).

L'auteur n'a relevé dans la littérature médicale qu'un seul cas de tumeur primitive de l'os hyoïde; celui de Boeckel en 1862. L'observation présente provient de la clinique de Sklifasowsky, à Moscou.

Homme de 25 ans, portant une tumeur grosse comme un œuf de poule, intimement unie à la grande corne de l'os hyoïde, à droite. Rien à gauche. Le cartilage thyroïde est refoulé à gauche de la ligne médiane. A la base de la langue, on constate une tumeur de la grosseur d'une noix qui adhère au néoplasme hyoïdien. Examen laryngoscopique impossible. Raucité de la voix et dysphagie depuis cinq mois.

Le début de la tumeur date de 5 ans.

On fait une incision en arc de cercle; on met la tumeur à nu mais il est impossible de la soulever, il faut donc la détacher avec l'index. On la détache avec précaution de la paroi du pharynx et du larynx, et on résèque la grande corne de l'os hyoïde. Ligature de la maxillaire externe et de la linguale.

Tampon de gaze iodoformée. Guérison rapide. Les désordres fonctionnels cessent.

La tumeur est un enchondrome; la corne droite de l'os hyoïde a complètement disparu dans le néoplasme développé à ses dépens. L. GALLIARD.

The surgery of the tongue (Chirurgie de la langue), par DANDRIDGE (*Journal of Americ. med. Assoc., p.* 761, 11 *juin* 1892).

Toute opération sur la langue doit être précédée de la désinfection de la bouche, et pour tout ulcère de la langue on devra bannir les caustiques ou les autres irritants. Pour l'ablation totale, la ligature préventive de l'artère n'est plus nécessaire; quant à abandonner une moitié de la langue lorsque l'affection est localisée a un seul côté, l'expérience semble ne pas condamner une telle pratique. Dans les cas ordinaires, la trachéotomie ajoute un nouveau danger.

Cheever observe que dans le cancer de la langue, la récidive vient au bout de 4 à 6 mois : il n'a jamais eu besoin de lier la linguale pour cancer. L'amputation de la moitié de la langue, lorsque la maladie est limitée, donne autant de succès que l'amputation totale. La récidive se fait presque toujours dans les glandes et rarement dans le moignon.

Mac-Lane Tiffany distingue au point de vue opératoire les cas dans lesquels la maladie a envahi la portion antérieure de la langue, de ceux dans lesquels le mal a débuté plus ou moins en arrière, et qui s'accompagnent d'infiltration ganglionnaire. Dans ce dernier cas, Tiffany emploie de préférence la division de la mâchoire, soit à la symphyse, soit sur un des côtés, et enlève toujours les ganglions alors même qu'ils ne sont pas augmentés de volume. Lorsque la langue est enlevée pour tuberculose, rarement l'ulcération récidive, bien que la tuberculose générale progresse. MAUBRAC.

Beitrag zur Statistik des Mammacarcinom, par DIETRICH (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXIII*, 4 *et* 5, *p.* 471).

Cette étude porte sur les cas de cancer du sein observés et opérés à la clinique de Lücke. Elle comprend une série de considérations sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et l'évolution clinique, le traitement des malades dont Dietrich a rapporté plus loin les observations résumées. A la fin de ce mémoire on trouvera quelques mots sur le cancer du sein chez l'homme et une trentaine d'indications bibliographiques.

L'auteur a publié 110 faits, qu'il a classés en 4 catégories : 1° malades opérées, encore vivantes à l'heure actuelle (23 cas); 2° malades opérées, ayant succombé (observations XXIV à XC); 3° malades opérées, qui n'ont pas pu être revues (15); 4° malades qui n'ont pas été opérées (6). Sur ces 104 opérées, il y a eu 8 morts rapides (pneumonie croupale (1), embolie pulmonaire (1), érésypèle (1), cancer secondaire du cerveau, du poumon et de l'estomac, du diaphragme et des plèvres et une carcinose généralisée (5 cas). En septembre 1891, 25 (28,7 0/0) des opérées ayant survécu étaient encore en vie; chez 11 de ces dernières, la guérison datait déjà de 3 ans. La conclusion la plus importante de ce mémoire a trait à cette remarque qui n'est pas nouvelle : il importe d'engager les médecins à faire opérer toutes les tumeurs du sein qu'ils rencontrent, dès qu'ils soupçonnent l'existence d'un cancer. En ce qui concerne cette

localisation du carcinome chez l'homme, l'auteur mentionne 3 observations seulement avec 2 morts (érysipèle, pneumonie). Ce résultat mérite certainement d'attirer l'attention des chirurgiens. MARCEL BAUDOUIN.

Sur la guérison rapide des abcès intra-glandulaires du sein, par Maurice HACHE (*Revue de chirurgie*, n° 3, p. 251, 1892).

L'évacuation constante et absolue du contenu des abcès du sein, après les précautions destinées à empêcher l'infection du foyer, est la condition la plus importante pour assurer la guérison rapide. La déclivité de l'incision est sans importance ; la compression uniforme et énergique est le meilleur moyen de réaliser l'évacuation.

Pour bien comprimer le sein, il peut être utile de joindre au procédé classique d'application du sein relevé contre le thorax, la compression concentrique directe de la glande.

Hache conseille encore d'éviter le drainage qui est absolument inutile quand l'incision n'a traversé qu'une mince couche de tissu glandulaire.

C. WALTHER.

Carcinom oder nicht ? (Carcinome ou non ?) par ADAMKIEWICZ (*Wiener med. Presse*, 4 *septembre* 1892).

Dans la séance du 5 février 1892 de la Société des médecins de Vienne, Adamkiewicz a présenté une malade qui avait été opérée en septembre 1891 à la clinique d'Albert d'un carcinome du sein gauche et chez laquelle une récidive s'était produite sur l'épaule gauche sous la forme de trois ganglions, récidive dont elle avait été, dans un très court espace de temps, presque complètement guérie par l'injection de cancroïne. La malade pouvait être considérée comme *provisoirement* guérie. Lors de la discussion, on éleva de plusieurs côtés l'objection que les ganglions dissous par l'injection n'étaient pas carcinomateux. Actuellement, 7 mois après le traitement, récidives dans le sein droit et dans la cavité axillaire correspondante.

Adamkiewicz conclut de là que non seulement il s'agit bien ici de carcinome mais aussi que son traitement a fait disparaître les noyaux cancéreux en formation lorsqu'il fut institué (*Voy. R. S. M.*, XL, 648). CART.

Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche. Examen de la pièce, par J. AUDRY et Ch. AUDRY (*Arch. prov. de chir.*, n° 2, p. 125, *août* 1892).

Femme de 23 ans. A l'âge de 4 ans et demi, le bras gauche était déjà plus volumineux que le droit. La difformité n'est cependant devenue visible que vers 12 ou 13 ans; depuis ce temps, le membre a sans cesse et progressivement augmenté. En février 1889, elle a commencé à tousser et deux mois après survint une hémoptysie. Elle est rapidement essoufflée.

La main est déformée avec des godets sur sa face dorsale, épaissie, les doigts fléchis dans la paume et épaissis. La seconde phalange du petit doigt présente une augmentation plus grande que toutes autres. Le poignet est effacé. Mouvements très limités. Anesthésie peu marquée. Œdème mou recouvert d'un épiderme durci, donnant la sécrétion du durillon. Ulcération fongueuse vers la deuxième phalange du petit doigt. Poils sur la main. Ongles altérés, recourbés, épaissis, allongés et irréguliers.

L'avant-bras est en flexion légère sur le bras, très augmenté, et peut à peine être soulevé par la malade. Pas d'anesthésie. Quelques douleurs sans trajets fixes, plus vives au moment des règles.

Les téguments ne se déplacent pas sur les tissus sous-jacents. Peau d'aspect lisse, sillonnée par des cordons bleuâtres très nombreux, rosés par place. L'examen des vaisseaux ne révèle rien d'anormal. Sueurs très abondantes au niveau du bras malade. Le bras va en diminuant du coude vers l'épaule. Ganglions dans l'aisselle.

Circulation veineuse très développée.

L'amputation au tiers supérieur de l'humérus est faite par Pollosson.

L'autopsie du membre amputé montre le tissu cellulaire très adhérent envahi par le tissu angiomateux, surtout le long des territoires des veines radiales et céphalique, des veines cubitales et basilique. Artère et veine humérales normales. Nerf médian au niveau du pli du coude est remplacé par un tissu vasculaire aréolaire, qui s'est substitué à lui. Muscles dégénérés. Artères et veines radiales normales. Nerf radial envahi par le tissu angiomateux. Ainsi que le nerf cubital qui, à partir de l'épitrochlée, se perd de façon à ne pouvoir être disséqué jusqu'au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras. Tous les tissus de la main sont envahis par la dégénérescence graisseuse.

Le périoste est épaissi avec hyperostoses sur l'humérus.

Le squelette de la main présente des altérations profondes. Os du carpe irréguliers, gros et friables. Les épiphyses des métacarpiens sont très augmentés. Ils ont la forme de sabliers. Les phalanges, celles des quatrième et cinquième doigts, sont augmentées dans toutes leurs dimensions.

A l'examen histologique, le tissu angiomateux est formé par l'agglomération d'un grand nombre de lacunes. Beaucoup sont tapissées de cellules endothéliales. Elles semblent dues à une dilatation énorme des capillaires.

F. VERCHÈRE.

Notes sur une greffe osseuse dans un cas d'excision d'une phalange pour spina-ventosa, par KUMMER (*Revue d'orthopédie*, 1er *septembre* 1892).

Malade âgée de 9 ans ; spina-ventosa de l'index gauche. Extirpation de la phalange entière, mais conservation du périoste partout où il n'est pas malade. La plaie est rembourrée de gaze iodoformée. Trois semaines après l'opération, on place dans la cavité de la plaie une phalange artificielle taillée dans du tissu osseux décalcifié. Suture des bords de la plaie. Guérison. Trois mois après l'opération, les mouvements du doigt opéré sont redevenus normaux, et la malade se sert de sa main ; la phalange artificielle présente une résistance dure.

Il est indispensable, dans une semblable opération, de conserver le périoste en tout ou en partie. La greffe décalcifiée n'est qu'une charpente dans laquelle le périoste dépose graduellement des masses osseuses ; la greffe étant résorbée peu à peu, disparaît sans trace.

CART.

I. — Ein Fall von Exarticulation des Armes mit theilweiser Entfernung von Scapula und Clavicula wegen Knorpelgeschwulst des Oberarms, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 18, *p.* 442, 2 *mai* 1892).

II. — Désarticulation de l'humérus de la clavicule et de l'omoplate pour sarcome de l'omoplate, par LE MÊME (*Ibidem*, *p.* 443).

I. — Homme de 41 ans, ayant remarqué depuis deux ans et demi l'existence d'une tumeur graduellement croissante au niveau de son bras gauche.

Au niveau de la moitié supérieure de l'humérus gauche, tumeur dure, bosselée, dépassant le volume d'une tête d'enfant ; en haut, elle remonte au-delà de l'articulation scapulo-humérale ; en arrière, les bosselures s'étendent jus-

qu'entre les muscles de l'omoplate ; en dedans, les vaisseaux et nerfs axillaires sont refoulés en haut. Parties molles adhérentes à la tumeur ; peau sillonnée de grosses veines. Mouvements de l'articulation scapulo-humérale bornés et s'accompagnant de craquements. Pas d'inégalité entre les pouls radiaux. Pas d'œdème. La circonference maxima de l'épaule est de 50 centimètres. Koerte diagnostique un sarcome de l'humérus.

Amputation après ligature préalable de la sous-clavière entre les scalènes. L'hémorragie, insignifiante, a été causée surtout par les veines dilatées de la surface de la tumeur.

Le 7e jour, premier changement du pansement ; le lambeau a bien tenu, sauf un peu de mortification sur les bords qui exigent, un mois après l'opération, une suture secondaire ; en même temps on enlève une arête saillante de l'omoplate.

La tumeur était un enchondrome, né à la face externe de l'humérus ; elle présentait de grandes cavités pleines de liquide muqueux ; au voisinage de l'os, il y avait plusieurs points de dureté osseuse. La cavité médullaire, l'épiphyse et le cartilage articulaire étaient intacts. Les muscles étaient en partie refoulés, en partie envahis aussi par la tumeur. Le microscope révéla surtout du cartilage hyalin avec du cartilage fibreux vers les portions marginales.

II. — Chez un garçon de 6 ans, atteint de sarcome de l'omoplate, Koerte a enlevé tout le membre supérieur y compris la clavicule et l'omoplate. La plaie se cicatrisa très rapidement en une quinzaine. Mais l'enfant ne tarda pas à succomber à une récidive dans les muscles du cou, dans le poumon et le cerveau. J. B.

Zur Behandlung tuberculoeser Knochen-und Gelenkkrankheiten mit Iodoformoel, par Ernst BOEHNI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 9, *p.* 271, 1er *mai* 1892).

Bœhni ayant reconnu que l'iodoforme est soluble jusqu'à la proportion de 5 0/0 dans l'huile d'amandes douces chauffée à 100°, injecte cette huile iodoformée dans les jointures atteintes d'arthrites tuberculeuses. Il assure que la solution occasionne moins de douleurs que l'iodoforme en suspension. Il pratique les injections de huit en huit jours, à raison d'une seringue de Pravaz (1 centimètre cube) chaque fois.

Durant le reste de la journée, il fait des applications froides sur l'articulation.

Chaque malade prend un bain quotidien d'eau salée, au sortir duquel on masse la jointure et on lui fait exécuter des mouvements. Après la séance de massage, un bandage compressif énergique est appliqué autour de l'articulation.

Il a traité de cette façon (dans son établissement) 28 malades dont 7 avaient dépassé 40 ans et 2 avaient moins de 10 ans. 17 ont été complètement guéris, 10 ont éprouvé une amélioration énorme, et le dernier seulement est resté au *statu quo ante*. J. B.

Arthrodèse tibio-tarsienne, par PHOCAS (6e *Cong. franç. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

Phocas a pratiqué l'arthrodèse sur deux enfants de 5 ans, atteints de pied bot paralytique. Les résultats ont été assez bons, les opérés pouvant marcher sans appareils. D'après l'auteur, il faut diviser les pieds bots paralytiques en pieds bots fixes, pieds bots ballants et pieds bots

intermédiaires; c'est dans ce dernier cas qu'il est parfois difficile de décider entre la ténotomie et l'arthrodèse, dont les pieds bots ballants sont justiciables. OZENNE.

Désarticulation du genou pour ostéo-myélite prolongée du tibia, par CHAPUIS (*Gaz. hebd. Paris*, 27 *février* 1892).

Jeune homme de 22 ans, ayant eu, à l'âge de 8 ans, les accidents ordinaires d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure de la jambe. A la suite d'une incision, qui donne issue à une grande quantité de pus, les phénomènes aigus disparaissent; mais il se forme une douzaine de trajets fistuleux qui restent perméables. A 17 ans, ablation de deux gros séquestres et de plusieurs petites esquilles nécrosées.

Malgré cette intervention, persistance de la suppuration à travers plusieurs fistules, qui conduisent un stylet sur le tibia; cet os est volumineux, bosselé, irrégulier et mesure 8 centimètres de moins que son congénère; le péroné, qui a été gêné dans son élongation, est subluxé en haut sur un tibia trop court. L'articulation fémoro-tibiale paraît saine; l'articulation tibio-tarsienne est complètement ankylosée; le pied, en équinisme, a ses mouvements dans les articulations du tarse.

La désarticulation du genou ayant eu lieu, l'examen du segment désarticulé a montré que la diaphyse et l'extrémité inférieure du tibia étaient évidées par de grandes loges pleines de pus, et que la soudure entre le tibia et l'astragale était complète. OZENNE.

Arthrite tuberculeuse du poignet traitée par les injections de chlorure de zinc, par QUÉNU (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p*. 370).

Malade de 68 ans atteinte de tumeur blanche du poignet; dislocation complète de l'articulation par destruction des ligaments; fongosités abondantes. Deux trajets fistuleux suppurant sur la face dorsale du poignet.

Quénu fit des injections de chlorure de zinc à 1/10 en six séances du mois de juillet au mois de décembre 1891.

Dès le mois d'octobre, les lésions furent entièrement modifiées, la cicatrisation complète a été obtenue à la fin de décembre.

Actuellement plus de gonflement, aucune douleur; les doigts et le poignet sont restés raides, mais les lésions tuberculeuses sont absolument guéries. C. WALTHER.

Ostéotomie des os longs, par HENNEQUIN (*Revue de chirurgie*, *n*° 8, *p*. 649, *et n*° 9, *p*. 765, 1892).

Hennequin établit très nettement les indications de l'ostéotomie et décrit minutieusement la technique opératoire et les soins consécutifs, notamment l'application de l'extension continue souvent indispensable.

Les avantages de l'ostéotomie, sa supériorité sur l'ostéoclasie dans nombre de cas, sont dus surtout à la précision du siège et de la direction de la section osseuse, à la possibilité d'enlever les esquilles, les séquestrer, et d'éviter ou de corriger le raccourcissement.

Après toute ostéotomie oblique du fémur, dit Hennequin, le membre devra être soumis à l'extension continue, soit pour corriger le raccourcissement existant, soit pour prévenir le raccourcissement consécutif. Si la suture osseuse est jugée nécessaire pour maintenir les fragments en rapport, elle sera toujours oblique, afin de ne pas empêcher le fragment inférieur d'obéir à la traction.

Après les ostéotomies transversales ou cunéiformes, avec ou sans suture osseuse, on appliquera un appareil contentif.

Après toute ostéotomie transversale, oblique ou cunéiforme pratiquée sur le squelette de la jambe, avec ou sans suture osseuse, appareil contentif si le raccourcissement ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres, appareil à extension s'il est supérieur à ces chiffres.

En cas de suppuration, pour faciliter les pansements et prévenir le raccourcissement consécutif, le membre sera soumis à l'extension continue.

La suture osseuse ne doit être pratiquée que quand tout appareil est impuissant à assurer la coaptation des fragments. C. WALTHER.

Hip-joint disease treated without immobilisation (Coxalgie traitée sans immobilisation), par SAYRE (*New York med. journ., p.* 477, 30 *avril* 1892).

Les résultats du traitement de la coxalgie par l'appareil portatif à traction sans immobilisation, ont été si parfaits, dans certains cas, qu'on a pu se demander si la maladie avait jamais existé en réalité.

Sayre publie sept observations à l'appui de cette assertion et ajoute des photographies qui montrent comment les sujets peuvent étendre le membre inférieur, croiser les jambes, marcher sans le secours d'une semelle surélevée.

La guérison est assez ancienne pour mériter d'être tenue pour définitive.

Sur 280 cas traités, de 1859 à 1889, par l'appareil à attelles, Sayre compte 73 cas avec mobilité *parfaite*, 120 avec mobilité *bonne*, 78 avec mobilité *limitée*, 4 avec ankylose et 5 décès. L. GALLIARD.

I. — Achillodynie, par ALBERT (*Wiener med. Presse*, 8 *janvier*, 1893).

II. — Remarques sur l'achillodynie, par SCHÜLLER (*Ibidem*, 12 *février* 1893).

I. — Depuis quelques années, Albert a eu l'occasion d'observer 6 cas dans lesquels la marche et la station verticale sont rendues impossibles par la violence des douleurs qu'elles provoquent, douleurs qui disparaissent dans la station assise ou couchée ; comme symptôme objectif, on note une légère tuméfaction du tendon d'Achille à son insertion, donnant aux doigts l'impression d'un épaississement de ce tendon et peu douloureuse à la pression. Il semble aussi que l'os lui-même présente de chaque côté du tendon un léger gonflement. C'est à cet ensemble symptomatique qu'Albert a donné le nom d'achillodynie.

Cette affection est très tenace et résiste aux bains chauds, aux applications froides, aux frictions mercurielles ; son étiologie est inconnue.

II. — En 1883, et depuis cette époque, Schüller a eu l'occasion d'observer une série de cas dont la symptomatologie se rapporte à l'affection récemment dénommée « Achillodynie » par Albert. CART.

Die knöcherne Kanalisation des Kniegelenks... (De la canalisation osseuse de l'articulation du genou pour pratiquer le tamponnement permanent), par T. DROBNIK (*Centralblatt für Chirurgie, n°* 2, 1892).

Il est des cas de tuberculose de l'articulation du genou dans lesquels

les lésions du squelette ont pris une telle extension qu'aucune résection typique ou atypique ne saurait prétendre à dépasser les limites du mal; le chirurgien est alors obligé de se résigner à l'amputation du membre. Dans un cas de cette nature, l'auteur n'a eu qu'à se féliciter de la conduite suivante, qu'il recommande particulièrement. Après avoir mis à nu l'articulation et réséqué les surfaces articulaires, il put s'assurer que les foyers tuberculeux multiples s'étendaient au loin dans la diaphyse. Avec la curette tranchante, il enleva précautionneusement le gros du foyer, puis creusa dans la diaphyse un canal osseux s'ouvrant à l'extérieur et aboutissant d'autre part dans le foyer pathologique. A travers ce canal osseux il put introduire de la gaze iodoformée jusque dans le foyer tuberculeux et établir ainsi un drainage permanent. Un succès complet couronna cette tentative. Quand les foyers sont multiples, l'auteur recommande de les traiter isolément par le même procédé. REBLAUB.

Eine neue Schnittmethode zur Resektion des Sprung-oder Fersenbeines (Nouveau procédé de résection de l'astragale ou du calcanéum), par Joseph BOGDANIK (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 5, 1892).

Ce procédé consiste à pratiquer une incision partant de l'extrémité d'une des malléoles, se dirigeant obliquement en bas et en arrière pour atteindre la partie postérieure du talon à un centimètre environ au-dessus de la plante et remonter ensuite symétriquement en haut et en avant jusqu'à l'extrémité de la malléole de l'autre côté; cette incision est menée à fond jusqu'à l'os. Ce dernier, le calcanéum, est alors scié suivant la direction donnée à l'incision; pendant ce temps de l'opération un aide fléchit le pied sur la jambe, si bien que, quand l'os est complètement sectionné, le dos du pied vient s'appliquer contre la face antérieure de la jambe. Le chirurgien obtient ainsi un accès facile non seulement au calcanéum et à l'astragale, mais encore à toute l'articulation tibiotarsienne. Suivant les cas, on peut enlever totalité ou partie de cette portion du squelette. Les avantages de ce procédé seraient les suivants : 1° L'incision des parties molles a des dimensions minimes ; 2° les vaisseaux, les tendons, les muscles et les nerfs sont tous respectés; 3° le siège de la cicatrice est éminemment favorable; 4° la forme du pied est conservée, surtout si l'on a eu soin de faire la suture osseuse du calcanéum. REBLAUB.

Reposition des luxirten Talus von einem Schnitte aus (Réduction sanglante des luxations de l'astragale), par E. von BERGMANN (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIII*, 3 *et* 4).

A l'occasion d'une observation personnelle de luxation de l'astragale dans laquelle il obtint une réduction facile par la méthode sanglante, l'auteur expose ses idées sur un certain nombre de points concernant le traitement des luxations anciennes et récentes. — En ce qui concerne les luxations anciennes, en particulier celles des grandes articulations, il recommande d'avoir recours à la méthode sanglante, dès que les méthodes habituelles se sont montrées inefficaces; il pratique une incision qui mette à nu à la fois l'extrémité articulaire luxée et l'ancienne articulation ; il excise tous les tissus fibreux intermédiaires et obtient ainsi des résultats fonctionnels très satisfaisants. Sur 5 luxations anciennes du coude, datant de 4 à 10 mois, il a eu trois fois des mouvements

presque complets. Les conditions indispensables pour le succès résident dans une asepsie complète de l'opération; il faut que la cicatrisation soit rapide, afin que l'on puisse de très bonne heure pratiquer le massage et des mouvements passifs. Pour peu qu'il y ait de la suppuration, il faut renoncer à obtenir une articulation mobile et se contenter de rechercher une ankylose en bonne position.

Dans les luxations récentes, la question est toute différente. L'irréductibilité tient soit à l'impossibilité de faire passer une extrémité articulaire luxée par une déchirure capsulaire trop étroite, soit à l'interposition de muscles, de tendons ou de fragments capsulaires. L'auteur s'occupe de deux luxations, souvent irréductibles même à l'état récent : celle de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et la luxation isolée de l'astragale.

L'irréductibilité dans la luxation métacarpo-phalangienne du pouce peut tenir à deux éventualités : le tendon du long fléchisseur du pouce, entraîné par la phalange, se place en dedans de la tête métacarpienne et forme à cette dernière une sangle qui est souvent le seul obstacle à la réduction. Il en fut ainsi dans deux des trois cas opérés par Bergmann. — Mais bien plus souvent l'obstacle à la réduction tient à ce que la capsule articulaire, arrachée de son insertion, suit la phalange sur le dos du métacarpe, entraînant avec elle les os sésamoïdes. — Il est important, au point de vue de l'intervention, d'établir avant l'opération à quelle variété d'obstacle on a affaire.

Dans les luxations isolées et irréductibles de l'astragale, les interventions sanglantes ont jusqu'à présent eu toujours pour résultat l'ablation de l'os. Bergmann tenta avec succès, dans un cas dont il rapporte longuement l'histoire, de remettre l'os en place, et ce succès est d'autant plus remarquable que la luxation était accompagnée d'arrachement de la facette articulaire inférieure. S'appuyant sur ce fait, Bergmann propose la réduction sanglante de l'astragale dans tous les cas où la réduction sous chloroforme n'a pas été possible. Les chances de nécrose sont nulles, tant que le ligament astragalo-calcanéen interosseux, qui amène les principaux vaisseaux nourriciers à l'os, est intact. REBLAUB.

Eine neue Methode zur Exartikulation des Oberschenkels ohne Blutverlust (Nouvelle méthode de désarticulation de la cuisse sans perte de sang), par John A. WYETH (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 21, 1892).

Le procédé suivant, employé avec succès dans 7 cas par des opérateurs différents, a le grand avantage de ne donner lieu à aucune perte de sang. — Le malade étant placé de telle façon que le bassin dépasse le bord de la table d'opération, on applique la bande d'Esmarch de la façon habituelle. Deux broches sont alors placées de la façon suivante : la première est enfoncée à 4 centimètres environ au-dessous et un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; elle traverse la racine de la cuisse et va ressortir dans l'espace qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque. La seconde pénètre dans la fossette ovale à 2 centimètres et demi du niveau du périnée, traverse les adducteurs de la cuisse et ressort à 4 centimètres en avant de la tubérosité ischiatique. Placées de cette façon, ces broches ne risquent de toucher aucun vaisseau. Un tube élastique étreint la racine de la cuisse en arrière

de ces broches. On fait ensuite une incision circulaire à 13 centimètres au-dessous du point d'application du lien. On dissèque une manchette comprenant la peau et le tissu cellulaire et que l'on relève jusqu'au niveau du petit trochanter. En ce point on sectionne toutes les parties molles jusqu'à l'os et perpendiculairement à l'axe de ce dernier, que l'on sectionne. On assure alors l'hémostase par de nombreuses ligatures, on enlève le lien élastique et on libère aisément l'extrémité du fémur resté en place, en désinsérant les muscles. Fléchissant alors fortement l'extrémité fémorale on ouvre l'articulation par la partie postérieure, et la désarticulation se complète avec une grande aisance. REBLAUB.

Operative Therapie der angeborenen Hüftverrenkung (Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche), par Adolf LORENZ (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 31, 1892).

L'auteur, pratiquant dans un cas l'opération de Hoffa, pour une luxation congénitale de la hanche, eut un insuccès complet. Etudiant les causes de son insuccès il ne tarda pas à se convaincre que les obstacles à la réduction de la tête fémorale ne résident pas, comme le pense Hoffa, dans les muscles pelvitrochantériens, mais dans ceux qui s'insèrent à la tubérosité ischiatique (demi-membraneux, demi-tendineux et biceps), dans les adducteurs et dans les muscles qui partent de l'épine iliaque antéro-supérieure (couturier et tenseur du fascia lata). Aussi propose-t-il de substituer à l'opération de Hoffa le procédé opératoire suivant : extension forcée du membre ; myotomie sous-cutanée des adducteurs et ténotomie des muscles qui s'insèrent à la tubérosité ischiatique ; incision de 6 à 7 centimètres partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant verticalement en bas ; section transversale du tenseur du fascia lata, du bord antérieur du moyen fessier et du couturier ; recherche et section du droit interne immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure ; mise à nu et ouverture cruciale de la partie antérieure de la capsule articulaire. A ce moment on cesse l'extension, on luxe la tête pour mettre à découvert la cavité cotyloïde à laquelle on donne la forme et la profondeur voulue. La tête fémorale est alors réintégrée dans la cavité cotyloïde ; la plaie cutanée est refermée et on applique un appareil de contention. L'auteur rapporte quatre observations personnelles dans lesquelles cette opération a été pratiquée avec succès. REBLAUB.

Die operative Behandlung der angeborenen und anderer Hüftverrenkungen (Traitement opératoire des luxations congénitales et autres de la hanche) par KAREWSKI (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 36, 1892).

Karewski insiste spécialement sur les résultats fonctionnels définitifs obtenus par l'intervention opératoire dans cinq cas de luxation congénitale, un cas de luxation spontanée au cours d'une scarlatine et huit cas de luxation paralytique. Dans tous les cas de luxation congénitale la tête fémorale conserva la situation qui lui fut donnée par l'opération ; la marche subit une amélioration notable ; le membre bénéficia d'un allongement remarquable, mais n'atteignit jamais la longueur du membre sain. — Les résultats sont d'autant meilleurs que l'opération a été faite à un âge plus jeune, qu'elle a été précédée d'un traitement

plus prolongé par l'extension et qu'elle a été suivie d'un traitement post-opératoire orthopédique par les appareils. REBLAUB.

Die Resektion des Nervus obturatorius zur Beseitsgung der Adduktorenkontraktur aus centraler Ursache (De la résection du nerf obturateur pour obvier à une contracture des adducteurs d'origine centrale), par Carl LAUENSTEIN (*Centralblatt für Chirurgie*, n° 11, 1892).

Chez un malade atteint de myélite chronique avec contracture extrêmement pénible et gênante des deux cuisses, Lauenstein pratiqua avec succès la résection partielle des nerfs obturateurs des deux côtés par le procédé suivant : immédiatement en dehors de l'épine du pubis, une incision verticale descend sur la face antérieure de la cuisse ; elle comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia lata et conduit sur un premier point de repère, le bord externe du grand adducteur facile à reconnaître. En dehors de ce dernier se trouve le muscle pectiné que l'on incise parallèlement à la direction de ses fibres. On arrive ainsi sur la mince aponévrose du muscle obturateur externe, qui par transparence laisse apercevoir les branches du nerf obturateur. En faisant récliner fortement en dehors la lèvre externe de la plaie, on trouve facilement le tronc même de ce nerf, que l'on peut réséquer sur une étendue plus ou moins considérable. REBLAUB.

De l'opération de Phelps et de l'arthrotomie médio-tarsienne dans le traitement du pied-bot valgus équin congénital, par BONNEMAISON (*Thèse de Paris*, *n°* 327, *juillet* 1892).

L'opération de Phelps permet de corriger les déformations, voir pendant toute l'opération, au fur et à mesure qu'ils se présentent, les obstacles qu'on doit supprimer et les parties qu'on doit respecter. Elle a éloigné les ablations osseuses du tarse qu'elle a reléguées au rang d'opérations d'exception chez l'adulte, ou applicables seulement à des difformités très prononcées ou à des pieds-bots invétérés d'adultes. Même dans les cas graves, mieux vaut commencer par l'incision à ciel ouvert, jointe à l'ablation de la facette articulaire externe de l'astragale et d'une partie de la grande apophyse du calcanéum.

Dans tous les cas où le patient avait subi des ténotomies et même des tarsectomies sans résultat appréciable, l'opération de Phelps a été efficace et a redressé le membre.

L'arthrotomie médio-tarsienne, avec section du ligament en Y, telle que la pratique Kirmisson, plus efficace que le Phelps, doit être pratiquée, si le redressement n'est pas obtenu après la section de toutes les parties molles

Au point de vue orthomorphique, l'opération de Phelps donne des résultats que l'on chercherait vainement dans les tarsectomies : le pied n'est pas raccourci, et la cicatrice n'est pas douloureuse. Toutefois, chez les adultes porteurs de pieds-bots invétérés avec déformations osseuses incorrigibles, le Phelps et l'arthrotomie médio-tarsienne sont inefficaces.

MAUBRAC.

I. — Suture de la rotule par un procédé nouveau (cerclage de la rotule), par P. BERGER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 523).

II. — Suture de la rotule par un procédé particulier, par CECCI (6e *Cong. franç. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

I. — Ce procédé consiste à passer avec l'aiguille de Reverdin, un fort fil d'argent parfaitement aseptique sur toute la circonférence de la rotule fragmentée en rasant partout l'os, mais en restant dans l'épaisseur des tendons ou des lames fibreuses qui s'insèrent à la rotule.

Les fragments étant alors rapprochés, le fil est tendu, ses extrémités tordues, puis coupées au ras et rabattues sur l'os. L'opération est achevée par la suture du périoste et la suture des parties superficielles.

Berger a appliqué avec un plein succès ce procédé chez une fillette dont la rotule était brisée si près de la pointe, que le fragment inférieur ne pouvait supporter une suture osseuse.

Ce procédé de cerclage a l'avantage de faire passer le fil dans les tissus fibreux en dehors de l'articulation, de telle sorte que les complications que pourrait déterminer la présence de ce fil resteraient, si elles venaient à se produire, toujours extra-articulaires. C. WALTHER.

II. — Dans 13 cas de fracture de la rotule, Cecci a employé un procédé de suture qui consiste à traverser en diagonale, par ses grands diamètres, toute la rotule. Ce procédé a l'avantage d'être toujours applicable, d'agir également sur le bord supérieur et le bord inférieur de l'os, de rétablir la rotule dans toute sa longueur et de bien réunir les fragments.

OZENNE.

Étude sur les hémorroïdes. Des ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus, par QUÉNU (*Revue de chirurgie*, *n*° 12, *p.* 981, 1892).

Mettant de côté les ulcérations diathésiques de l'anus et du rectum, Quénu étudie les *ulcères simples*, dont la pathogénie, les formes anatomiques, les caractères cliniques présentent des particularités fort intéressantes à connaître.

L'ulcère simple peut occuper le conduit anal ou siéger sur une partie plus ou moins élevée du rectum, d'où la division en : ulcères *intra-sphinctériens* et *ulcères sus-sphinctériens*.

1° Les *ulcères intra-sphinctériens*, comprennent : A. la *fissure*, *l'ulcère irritable* qui ne diffère guère de la fissure ni par les symptômes, ni par le traitement, mais qui présente une forme arrondie et siège un peu plus haut que la fissure proprement dite; B. *l'ulcère chronique variqueux* décrit par Rokitansky, puis par Malassez et Péan. Il est vraisemblable que cet ulcère chronique de Malassez n'est qu'une fissure agrandie; la cause fréquente de cette transformation réside sans doute dans une altération de la circulation locale de la muqueuse, comme le prouvent : l'existence constante d'hémorroïdes dans l'ulcère chronique, la coïncidence observée par l'auteur de fissures intra-sphinctériennes avec des ulcérations variqueuses types sus-sphinctériennes. « En résumé, dit Quénu, je ne soutiens pas, bien entendu, l'origine hémorroïdaire de toutes les fissures, je prétends seulement que l'altération variqueuse des veines anales prédispose fortement à la fissure, et qu'entre la fissure et l'ulcère chronique, il existe tous les intermédiaires anatomiques et cliniques ; en d'autres termes, un hémorroïdaire est plus souvent qu'un autre atteint de fissures, et chez lui l'ulcération fissuraire est susceptible de s'étendre et de devenir un ulcère véritable. »

A côté des ulcères véritables, Quénu signale une quatrième variété dont il a observé quelques exemples : c'est l'état chagriné de la muqueuse à la surface des hémorroïdes, avec des points d'un rouge vif; ces surfaces saignent au moindre contact; Quénu compare ces érosions superficielles à celles qu'on aperçoit à la surface de certaines tumeurs érectiles ayant aminci la peau jusqu'à l'épiderme.

2° *Ulcères sus-sphinctériens.* — Beaucoup plus rares que les précédents (l'auteur n'en a observé que 3 cas), ils peuvent occuper les différents étages de la seconde partie du rectum, jusqu'à 8 et 10 centimètres de l'anus. Arrondis, à fond inégal, rouge, à bords légèrement relevés et taillés à pic, souvent anormalement vascularisés, ils peuvent reposer sur une plaque indurée et simuler un néoplasme.

Au point de vue clinique, Quénu conserve pour les ulcères variqueux du rectum, la division en ulcères irritables, ulcères non irritables.

Le traitement varie suivant le siège et la forme de l'ulcération :

a) *Ulcère fissuraire.* Peut être traité par des cautérisations légères, par l'application d'acide gallique mélangé de glycérine (Quénu) ou par les pommades astringentes classiques à l'extrait de ratanhia. La dilatation reste le traitement de choix.

b) *Ulcère rond de la marge.* Après dilatation préalable, cautérisation au fer rouge, puis antisepsie aussi rigoureuse que possible.

c) *Érosions superficielles.* Le traitement doit s'adresser non à l'exulcération mais à l'hémorroïde qu'il faut détruire.

d) *Ulcères sus-sphinctériens.* Après dilatation, cautérisation; le meilleur procédé consiste à employer le galvano-cautère; la petite pointe n'est chauffée qu'après avoir été appliquée sur l'ulcération, de façon à bien limiter l'action du cautère au point voulu. L'antisepsie du rectum assurera la cicatrisation de la plaie granuleuse qui succède à la chute de l'escarre.

C. WALTHER.

I. — Les hémorroïdes, par OZENNE (*In*-16. *Paris*, 1892).

II. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorroïdes, par NANNOTTI (*Broch. Naples*, 1892).

I. — Dans ce volume, Ozenne s'est efforcé de présenter en un travail d'ensemble, conforme aux idées actuelles, ce que de part et d'autre on a ajouté à l'histoire des hémorroïdes depuis les leçons de Gosselin.

Après un résumé historique et un exposé des caractères anatomiques des hémorroïdes externes et des hémorroïdes internes, l'auteur en discute l'étiologie et la pathogénie.

De la critique des différentes causes que l'on a invoquées trop souvent sans pouvoir en contrôler l'exactitude, il ressort qu'aucune d'elles ne peut être regardée comme la cause primordiale de l'affection, et que les deux théories, que l'on a émises à ce point de vue, la théorie de la congestion veineuse et la théorie de la stase mécanique, sont également impuissantes à résoudre ce point de pathogénie,

D'après Ozenne, qui invoque à cet égard l'autorité de Vulpian, Lancereaux, Duret, etc., il est probable que le développement des hémorroïdes est en rapport avec quelque perturbation du système nerveux. Ce serait là, en un mot, l'origine réelle de la maladie. Aux théories anciennes

il faudrait donc substituer une nouvelle théorie, qui pourrait être dénommée : Théorie nerveuse par ralentissement de la nutrition.

Parmi les autres chapitres de l'ouvrage, nous signalerons en particulier celui qui concerne le traitement, dont la division en traitement médical et en traitement chirurgical doit être conservée. L'un et l'autre, exposés avec détails et clarté, ont des indications et des contre-indications, bien nettement séparées, et pour ce qui a trait aux interventions sanglantes, dont parfois l'opportunité n'est pas discutable, l'auteur en met en relief les avantages, à la condition, bien entendu, que l'antisepsie préside à leur exécution,

II. — D'après l'auteur, les hémorroïdes externes et les hémorroïdes internes peuvent être indépendantes d'une maladie du foie ou d'une autre maladie capable d'intercepter la circulation du système de la veine porte.

Les troubles de la circulation générale ne doivent être regardés comme des facteurs étiologiques de l'affection hémorroïdaire que lorsqu'on observe en même temps des varices sur d'autres parties du corps.

Les hémorroïdes reconnaissent des causes locales nombreuses. Quant à la stricture des veines hémorroïdaires par les fibres musculaires des sphincters, elle n'existe pas à l'état normal. Mais elle est réelle, lorsque ces fibres se trouvent en état de contraction tonique et sont hypertrophiées.

Dans ces cas la divulsion fait non seulement disparaître la contracture. mais encore l'état de congestion des nodules hémorroïdaires. OZENNE.

De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices, par CHARRADE (*Thèse de Paris*, *n°* 8, *novembre* 1892).

Lorsque les varices généralisées occupent surtout les veines d'origine et d'une façon secondaire les gros troncs, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement; mais lorsque les gros troncs superficiels et particulièrement la saphène interne forment de gros cordons variqueux, l'opération de choix est la résection de la veine. Cette opération fait quelquefois disparaître, et presque toujours soulage au moins pour une longue période, les malades atteints d'œdème, d'ulcère, de douleur, etc.

Pour qu'on puisse espérer retirer un résultat fonctionnel appréciable de l'opération, la condition essentielle est que la saphène soit nettement visible, dilatée, insuffisante, et paraisse jouer un rôle, sinon exclusif, au moins prépondérant, dans la production de ces accidents. MAUBRAC.

Implantation of the ureters into rectum, par REED (*Annals of surgery*, *XVI*, *p*. 193, 1892).

D'une étude expérimentale Reed conclut que l'implantation unilatérale d'un uretère dans le rectum est une opération pratiquable; l'implantation simultanée des deux uretères dans le rectum est une opération encore discutable. La présence de l'urine dans le rectum n'occasionne pas d'irritation de ce dernier, et les selles liquides fréquentes ne peuvent être considérées comme en étant la conséquence : il est probable en effet, qu'une partie de l'eau, de l'urine qui passe dans l'intestin, est absorbée par l'intestin lui-même : quant aux sels, ils sont éliminés avec les fèces.

La ligature d'un uretère et l'hydronéphrose qu'elle entraîne, ne sont

pas nécessairement suivies de l'inflammation et de la destruction de l'uretère ou de la substance du rein : la sécrétion peut s'arrêter, et même être remplacée par des phénomènes d'absorption. MAUBRAC.

Digital removal of entire prostate, par ALLIS (*Med. news*, *p.* 607, 21 *novembre* 1891).

Allis relate un cas d'hypertrophie de la prostate dans lequel il a pratiqué l'opération sus-pubienne, et l'ablation totale de la glande. Le patient guérit de l'opération, mais mourut six semaines après, de complications cardiaques et pulmonaires. Après ouverture de la vessie, Allis avait coupé la muqueuse sur la prostate avec l'ongle, et introduisant son doigt entre la glande et la muqueuse, disséqué la prostate en deux portions : bien que les fragments enlevés fussent très volumineux, l'hémorragie fut minime : l'examen nécropsique a montré qu'il ne restait rien de la prostate. MAUBRAC.

A case of cystic tumor of the brain operated with success, par Leo STEIGLITZ (*N. York med. journ.*, *p.* 114, 28 *janvier* 1893).

Une femme de 25 ans est prise subitement, en octobre 1891, d'une attaque convulsive, qui ayant débuté par le pouce et les doigts de la main droite, se généralisa rapidement. Sept semaines après nouvelle attaque, suivie à courte distance de plusieurs autres. Puis ces troubles convulsifs s'atténuèrent pour faire place à une paralysie marquée de la main droite.

Le diagnostic de tumeur fut porté, et Gerster pratiqua la trépanation le 25 juin.

Le centre de la main ayant été précisé à l'aide d'un courant faradique, la dure-mère fut incisée à ce niveau : point de changement appréciable de la surface du cerveau : le cerveau est incisé, et il s'écoule aussitôt 30 grammes environ de liquide séreux, contenu dans une poche kystique, lisse, que Gerster ne tenta point d'extirper, à cause de sa minceur et de la facilité avec laquelle elle se serait déchirée. Au niveau du centre de la main, une portion de l'écorce grise fut enlevée dans le but de prévenir une récidive par suite de la formation de la cicatrice.

Paralysie passagère après l'opération, puis le 28 juillet, les spasmes reparurent : une nouvelle intervention (7 août) montra des adhérences entre le lambeau cutané et la dure-mère : ces adhérences furent rompues : le liquide du kyste ne s'était pas reproduit. En novembre, il persistait quelques troubles de sensibilité motrice, mais la force de la main et du bras avait augmenté. En décembre, les spasmes ont reparu très violents dans la main et la face.

Steiglitz suppose que ces accidents nouveaux, sont dus au développement d'éléments gliomateux probablement abandonnés dans la paroi du kyste lors de la première opération. MAUBRAC.

Intracranial neurectomy... (Névrectomie intra-cranienne des deuxième et troisième divisions du trijumeau), par Frank HARTLEY (*N. York med. journ.*, *p.* 317, 19 *mars* 1892).

Il s'agit d'un homme de 46 ans, entré en août 1891 à Roosevelt Hospital. En décembre 1882, il fut atteint d'un point névralgique siégeant à deux pouces à gauche de la symphyse du menton, avec irradiation dans toute la sphère du trijumeau. Ces attaques se renouvelèrent durant deux ans avec plus de fréquence et finalement la douleur devint constante. En septembre 1884, le nerf sous-orbitaire, avec le ganglion de Meckel, fut enlevé. La douleur disparut durant 4 ou 5 semaines pour reparaître bientôt constante. En

1886 (le patient avait à cette époque subi l'extraction de 31 dents), on sectionna le dentaire inférieur : à peine le patient était-il sorti de la narcose, qu'une attaque survint, qui dura 17 jours : depuis, la douleur a été presque constante.

Considérant l'insuccès des opérations antérieures, et l'extension du mal au lingual et à l'auriculo-temporal, Hartley pratiqua l'opération suivante, le 15 août 1891 :

Incision de la peau en forme d'oméga, dont la base était sur le zygoma : tous les tissus sont coupés suivant ce tracé et la portion osseuse correspondante est séparée avec un ciseau et rabattue après fracture de son pédicule. L'artère méningée moyenne est liée : la dure-mère séparée du plancher de la fosse moyenne du crâne qu'on peut facilement explorer.

Les trois divisions du trijumeau avec l'artère carotide et le sinus caverneux sont découverts : les deuxième et troisième branches sont excisées au niveau des trous grand rond et ovale. En écartant la masse cérébrale pour atteindre le trijumeau, les branches des 3ᵉ, 4ᵉ et 6ᵉ nerfs craniens avaient été contusionnées légèrement : point d'hémorragie. Le lambeau — os, muscle et peau — est rabattu, suturé. Durée de l'opération : 1 heure 40 minutes.

Après l'opération survint de l'ophtalmoplégie externe, qui disparut progressivement. Quant à la douleur, le patient déclara le 30 septembre que depuis l'opération il était entièrement débarrassé de tout sentiment pénible.

La paralysie des ptérygoidiens, du temporal et du masséter, due à la section de la branche motrice de la 5ᵉ paire, ne paraît pas incommoder le patient.

MAUBRAC.

Estirpazione di un tumore intradurale del canale rachideo, par A. CAPONOTTO et B. PESCAROLO (*La Riforma medica*, *p.* 543, 25 *novembre* 1892).

Homme de 33 ans, éprouvant depuis 14 ans des douleurs du 3ᵉ au 7ᵉ espace intercostal gauche, puis ayant eu des spasmes et des douleurs des membres inférieurs suivies de paralysie complète; on enlève les apophyses épineuses et les lames des 2ᵉ et 3ᵉ vertèbres dorsales, on incise la dure-mère et on trouve une tumeur arrondie, blanchâtre, commençant au niveau de l'arc de la 3ᵉ vertèbre et se prolongeant sur les 4ᵉ et 5ᵉ vertèbres, dont on extirpe les arcs, on prolonge l'incision de la dure-mère, on détache la tumeur de la dure-mère au moyen du doigt, ce qui amène la rupture de la tumeur à sa partie moyenne et ce qui présente quelque difficulté pour sa partie inférieure; après l'ablation de la tumeur, le canal rachidien est absolument vide et on n'y trouve rien qui rappelle la moelle, celle-ci s'arrête presque brusquement au niveau de la partie supérieure de la tumeur ; suture, drainage : guérison après formation d'un abcès à la partie inférieure de la plaie et cicatrisation lente; aucune modification dans les troubles moteurs sensitifs des membres inférieurs.

La tumeur présente les caractères du fibro-sarcome avec des parties d'aspect myxomateux.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à la chirurgie des nerfs, par FRŒLICH (*Gaz. hebd. Paris*, 28 *janvier* 1893).

L'auteur rapporte dans cette note deux observations de chirurgie nerveuse : dans l'une il s'agit d'une tumeur du nerf sciatique poplité interne, dont l'ablation nécessita la résection de 9 centimètres du nerf. Les deux bouts furent suturés à distance par 6 fils de catgut ; la sensibilité et la motilité ne furent abolies que pendant 3 jours et la restauration de la fonction nerveuse fut complète.

Dans la deuxième observation, il est question d'une névrite du nerf mé-

dian qui fut guérie par désenclavement, résection d'un névrome et élongation. OZENNE.

I. — Exothyropexie, luxation supra-claviculaire du goitre; exposition méthodique de la tumeur au-dehors entre les lèvres de la plaie, par PONCET et JABOULAY (*Lyon méd*, 12 *mars* 1893).

II. — *Idem*, **par PONCET** (*Bulletin méd.*, 19 *mars* 1893).

III. — Trachéotomie pour goitre suffocant, soulèvement d'une partie plongeante rétro-sternale, etc., par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 2 *avril* 1893).

I. — P. propose de donner le nom d'exothyropexie à l'opération suivante faite par Jaboulay. Chez un enfant de 15 ans porteur d'un goitre volumineux, comprimant la trachée et déterminant des accidents graves de suffocation, et de la tachycardie, Jaboulay entreprit l'ablation; mais le goitre présentait une vascularisation telle qu'il dut renoncer à la thyroïdectomie. Il mobilisa alors la masse entière et luxa la tumeur en haut et en avant entre les lèvres de la plaie. La trachée était dégagée. Pansement. La tumeur s'atrophie assez rapidement pour qu'en sept semaines le cou ait diminué de 44 centimètres à 33 de circonférence; l'état psychique de l'enfant s'est complètement métamorphosé. Les résultats sont excellents et l'opération conçue par Jaboulay peut être considérée comme une nouvelle méthode pour certaines variétés de goitre.

Ollier rappelle à ce propos que Bonnet avait autrefois, dans des cas semblables, soulevé le goitre à l'aide de fourchettes, pour dégager la trachée et tenté de la détruire par les cautérisations.

II. — P. a pratiqué une fois la même opération chez un homme de 26 ans, demi-crétin, pour un goitre suffoquant. La circonférence du cou à la base mesure 41 centimètres; au-dessous de l'os hyoïde, 39. Après éthérisation, P. incisa la peau et les plans superficiels de l'os hyoïde à la fourchette sternale, puis dégageant la tumeur avec la sonde et le doigt, il put mobiliser toute la thyroïde hypertrophiée. Le lobe gauche pénétrant profondément comprimait la trachée et descendait au-dessous de la clavicule. Comme cette partie était sillonnée de veines nombreuses et volumineuses. P. luxa toute la glande en haut et la fixa entre les lèvres de la plaie, sans suture, au moyen de larges bandes de gaze iodoformée formant tampon et pansement. Un peu de fièvre pendant 5 à 6 jours; atrophie graduelle de la tumeur.

P. signale, en passant, des accidents respiratoires passagers survenus au moment du relèvement du corps thyroïde; il les attribue d'une part aux mucosités trachéo-bronchiques, résultat d'une hypersécrétion provoquée par l'éthérisation, d'autre part aux mouvements imprimés à la trachée. Peut-être pourrait-on invoquer le tiraillement du nerf vague comme dans les accidents de tachycardie observés après l'ablation du larynx.

P. n'émet que des hypothèses au sujet du mécanisme de l'atrophie de la tumeur.

III. — Jeune garçon de 16 ans et demi, entré à l'hôpital pour des accidents de suffocation, dus à un goitre. La trachéotomie est fort difficile, l'hémorragie grave et l'asphyxie imminente. G. plonge alors le doigt derrière le sternum, décolle le corps thyroïde et le luxe en haut et en avant. On trouve la trachée extraordinairement ramollie, aplatie et refoulée à gauche et en arrière. Une canule est introduite; respiration artificielle. Au bout de 5 mois, on place une canule à soupape qu'on laisse en place 7 mois. A ce moment la respiration est aisée et l'hypertrophie du corps thyroïde a complètement disparu.

A. CARTAZ.

Maladie kystique et mammite chronique : cirrhose épithéliale de la mamelle, par P. DELBET (*Soc. anat., p.* 2, *janvier* 1893).

Ce travail tend à faire rentrer la maladie kystique des mamelles dans le cadre des mammites chroniques : en voici résumées les conclusions :

Il existe dans la mamelle une mammite chronique, cirrhose épithéliale, qui donne lieu à des signes cliniques variables suivant la modalité évolutive de son processus, et suivant sa distribution topographique.

Le processus est caractérisé par des altérations glandulaires épithéliales qui sont primitives, et une réaction conjonctive qui est secondaire.

Quand l'activité épithéliale l'emporte, il se forme des kystes. Si au contraire la réaction fibreuse plus intense étouffe l'épithélium, il se forme des noyaux fibreux, dans lesquels on trouve des vestiges glandulaires plus ou moins atrophiés.

Quand le processus est circonscrit, il porte soit sur les canaux seuls (cirrhose péricanaliculaire), soit sur un seul lobule de la glande (cirrhose lobulaire avec ou sans kyste).

Quand il est généralisé à toute la glande, on trouve réunies la cirrhose péricanaliculaire et la cirrhose lobulaire qui frappe la totalité ou le plus grand nombre des lobules de la glande. Alors les deux modalités évolutives du processus produisent deux types cliniques différents : maladie kystique, si l'activité épithéliale est plus intense, fibromes multiples si la réaction conjonctive l'emporte. MAUBRAC.

Mastites chroniques et cancers du sein, par P. RECLUS (*Semaine médicale*, 15 *mars* 1893).

R. étudie les mammites chroniques avec abcès froids latents qui peuvent simuler le cancer du sein. Dans cinq cas qui lui sont personnels, le diagnostic était embarrassant, avait donné lieu à un pronostic grave avec indication d'ablation immédiate. La ponction exploratrice lui permit de trancher les difficultés. Dans ces cas, la tumeur était arrondie, nettement régulière, indolore, sans retentissement ganglionnaire; la marche avait été lente et apyrétique. Il a fallu la ponction pour décider de la nature de la tumeur et R. conseille d'avoir recours à ce moyen diagnostique.

La pathogénie est obscure; il ne s'agit pas d'infection par les voies lymphatiques, les canaux galactophores, mais bien par la voie sanguine. Dans un de ses cas, il semble que l'abcès ait été la conséquence de l'infection grippale. A. C.

Pneumotomy for the relief of tuberculous abscess and gangrene of the lung (poumon), par Plake WHITE (*Med. News*, 14 *janvier* 1893).

Une fille de 13 ans, à antécédents tuberculeux, eut en avril 1890 une pneumonie croupale du poumon droit, dont elle guérit rapidement. A la fin de la deuxième semaine de convalescence, nouvelle attaque qui guérit, mais avec des améliorations et des rechutes ; en juillet 1890, l'état général étant devenu assez mauvais, la malade fut soumise à l'examen de White, qui porta le diagnostic de gangrène du poumon avec volumineux abcès consécutif, communiquant dans une bronche.

Une incision est pratiquée dans le sixième espace intercostal à un pouce

en avant de la ligne axillaire : un point fluctuant est découvert dans le poumon, une ouverture donne issue à deux onces de pus très fétide : irrigation et drainage de la cavité. Au bout de deux mois, l'écoulement avait si notablement diminué, que l'on crut à propos de retirer le drain. Mais un mois après, les symptômes alarmants reparurent.

Le 22 septembre on constate un état très favorable du poumon dans le point qui avait été le siège de l'intervention, mais à la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit on constatait de la matité s'étendant jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Une opération semblable à celle qui avait été pratiquée, est faite en arrière, et découvre un état du poumon semblable à celui qui avait été découvert lors de la première intervention. Du pus très fétide avec des fragments nécrotiques s'élimine : lavage et drainage.

Durant trois semaines le pus resta fétide, mais les signes de toux, de septicémie disparurent : au bout de huit mois on retira le tube à drainage.

Deux ans se sont écoulés depuis la dernière intervention, et l'enfant paraît jouir d'une parfaite santé. MAUBRAC.

Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses locales par la méthode sclérogène, par PERLIS (*Thèse de Paris*, 1892).

Sur 44 tuberculoses osseuses et articulaires, traitées par cette méthode, on compte 16 guérisons, 17 améliorations et 11 insuccès. La guérison complète en apparence n'est donc pas aussi fréquente qu'on l'avait pensé au début, mais l'amélioration est la règle, ce qui permet souvent d'attendre le moment favorable pour la résection, si la guérison n'est pas survenue.

Le succès obtenu sur un point par ce traitement ne met pas à l'abri d'une nouvelle tuberculose articulaire ou osseuse. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber den Einfluss der ultravioletten Strahlen... (De l'influence des rayons ultra-violets sur les milieux antérieurs de l'œil), par WIDMARK (*Deutsche med. Woch., n° 17, p.* 375, 1892).

Terrier suppose que dans l'ophthalmie électrique, les désordres sont dus à l'irritation directe des milieux de l'œil et A. Berlin attribue à la même cause la cécité acquise sur les champs de neige. La plupart des ophthalmologistes invoquent au contraire l'action produite sur la rétine.

L'auteur démontre, par des expériences sur des lapins, que la vérité est du côté de Terrier et Berlin.

D'après lui ce sont les rayons ultra-violets qui déterminent dans les milieux antérieurs de l'œil, l'irritation qui se traduit par le catarrhe de

la conjonctive palpébrale et de la conjonctive bulbaire, le chémosis, le soulèvement épithélial et l'opacité de la cornée, le rétrécissement de la pupille et la décoloration de l'iris. L. GALLIARD.

Les images catoptriques de l'œil humain, par TSCHERNING (*C. R. de la Société de biologie*, 28 *juillet* 1892).

On connaît, dans l'œil humain, outre l'image dioptrique qui sert pour la vision, trois images catoptriques, connues sous le nom d'images de Purkinge. L'auteur montre qu'il en existe trois autres, dont deux visibles; au total 7 images: il en explique l'origine. Le quatrième image catoptrique due à une réflexion à la surface postérieure de la cornée est visible. La cinquième provient des rayons refléchis à la surface postérieure du cristallin, puis à la surface antérieure de la cornée. On peut la voir également. La dernière est due à la réflexion à la cristalloïde antérieure et à la face antérieure de la cornée. Le calcul montre qu'elle ne peut être nettement visible. DASTRE.

Note sur un changement jusqu'à présent inconnu que subit le cristallin pendant l'accommodation, par TSCHERNING (*Arch. d'opht., mars* 1892).

A l'aide de son ophthalmo-phakomètre, l'auteur a observé que pendant l'accommodation la surface antérieure du cristallin augmente sa courbure, en même temps que la lentille se déplace légèrement vers en bas, et cela, dans le but de centrer l'œil. En effet, il s'était assuré auparavant (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 11 juin 1888) que le centre de la cornée est situé à environ $0^{m}.25$ au-dessous de l'axe du cristallin, lequel était dirigé 2° en bas de la ligne visuelle. ROHMER.

Des procédés modernes pour reconnaître la simulation de la cécité ou de la faiblesse visuelle, par Louis FRŒLICH (*Rev. méd. Suisse romande, décembre* 1891).

Article de revue critique, où l'auteur étudie les divers et nombreux procédés d'examen. Ces procédés se divisent en :

1° Simples modifications d'une méthode d'examen ordinaire ;

2° Procédés simples, sans appareils (Boisseau, Warlomont, Schmidt-Rimpler, Javal) ;

3° Procédés fondés sur l'emploi de verres, d'échelles ou de verres de couleur, ou enfin de prismes. Ces procédés sont nombreux et des plus variés comme dispositif ;

4° Enfin, les procédés à l'aide d'instruments spéciaux (appareils de Marin, Barthelemy, Monoyer, Rava, etc.)

F., après une discussion étudiée sur la valeur de ces divers procédés, conclut qu'il faut choisir, entre les méthodes, suivant chaque cas particulier. A. CARTAZ.

Influence des muscles moteurs de l'œil sur l'expression du visage, par STEVENS (*Ann. d'ocul. CVIII, octobre* 1892).

L'auteur observant attentivement les anomalies des muscles moteurs

oculaires, a été frappé par deux faits : la coexistence de certains types de l'expression faciale avec des anomalies bien définies de la tension relative des muscles moteurs de l'œil, et les changements de l'expression qui surviennent souvent à la suite de modifications rationnelles produites dans l'appareil moteur du globe par les opérations, changements qui peuvent être prédits avec beaucoup de certitude.

L'équilibre parfait de tous les muscles oculaires est désigné par le terme d'*orthophorie;* quand il y a tendance habituelle des lignes visuelles à se croiser, on dit qu'il y a *ésophorie*; l'état opposé s'appelle *exophorie*; le terme d'*hyperphorie* désigne cet état de l'appareil moteur, où il y a tendance de l'une des lignes visuelles à se dévier en haut. Des tendances composées de déviation, telle que l'*hyperésophorie* et l'*hyperexophorie* se rencontrent également. ROHMER.

Ueber torische Glaeser (Sur les verres toriques), par A. STEIGER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *juillet* 1892).

L'auteur, à propos des verres toriques, recherche les différents cas qui peuvent se présenter. Ces combinaisons sont les suivantes : *a*) ménisques sphéro-sphériques ou ménisques simples, avec les sous-groupes neutre, positif et négatif; *b*) ménisques sphéro-toriques; l'une des surfaces est une sphère, et l'autre une surface torique avec les sous-groupes positif et négatif; *c*) ménisques toriques croisés; les deux surfaces sont toriques, mais dans un méridien la réfraction totale est positive, tandis qu'elle est négative dans l'autre; *d*) ménisques toro-toriques ou tores avec les sous-groupes neutre, positif et négatif. ROHMER.

Eye-strain and nervous derangements (Tension des muscles de l'œil et désordres nerveux), par RANNEY (*New York med. journ.*, *p.* 6, 11 *juin* 1892).

L'auteur apporte de nouveaux faits à l'appui de ce qu'a avancé Stevens (*R. S. M.*, XXXI, 243) et de ce qu'il a soutenu lui-même.

La tension des muscles de l'œil est la cause la plus fréquente peut-être des névroses. Dans les névralgies, les céphalées, l'épilepsie, la chorée, la démence, la dépression nerveuse, il est rare de ne pas rencontrer l'ésophorie, l'hyperphorie et l'hypermétropie. L'exophorie et la myopie sont moins communes.

L'hypermétropie est beaucoup moins souvent corrigée que la myopie chez les névropathes; elle constitue donc le plus important des troubles oculaires dans cette catégorie de sujets.

Un strabisme typique n'est pas une cause de désordres nerveux graves. Les strabiques ayant d'habitude de la diplopie et annihilant l'une des images ne font pas d'effort pour superposer les deux images. Aussi la tension musculaire fait-elle défaut chez les sujets qui louchent.

Certaines névroses peuvent être modifiées instantanément par un simple changement de lunettes. L. GALLIARD.

Zur Behandlung der Erkrankungen der Thränenwege bei Neugeborenen (Traitement des affections lacrymales chez les nouveau-nés), par L. WEISS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *juillet* 1892).

L'auteur n'est pas d'avis, contrairement à l'opinion de Peters, que l'ex-

pression digitale seule suffit pour guérir la blennorragie lacrymale des nouveau-nés. Pour lui, il faut absolument employer les sondes lacrymales fortes (n[os] 3 ou 4 de Bowman). Il rapporte neuf observations dans lesquelles ce procédé a été suivi de guérison, tandis que la compression digitale a échoué trois fois. Quant à la méthode de Gensoul, proposée par Heddaeus (introduction d'une sonde par le nez), l'auteur la croit inexécutable chez les nouveau-nés. ROHMER.

Les glandes lacrymales conjonctivales et orbito-palpébrales. L'ablation des glandes lacrymales palpébrales, par A. TERSON (*Thèse de Paris*, 1892).

La sécrétion muqueuse conjonctivale est fournie par la dégénérescence de l'épithélium souvent caliciforme des sillons des culs-de-sac. Il existe dans les culs-de-sac et dans le bord adhérent des tarses des glandes acino-tubuleuses (glandes de Krause) qui ont la structure des glandes lacrymales (gl. lacry. accessoires) et qui assurent la lubréfaction conjonctivale, après extirpation des glandes lacrymales, orbitaire et palpébrale. En présence d'un larmoiement intarissable par les moyens habituels et dû à un excès de sécrétion des larmes, on peut extirper, avec raison, une partie du système excréteur des larmes. On agira en enlevant le plus possible des acini de la glande palbébrale par la conjonctive (procédé de Wecker), en procédant par dissection aussi complète que possible vers la partie externe (Panas). L'ablation de la glande orbitaire laisse en place trop de glandes dependant de la conjonctive, par lesquelles le larmoiement peut continuer. L'ablation de la glande palpébrale donne, dans la majorité des cas, une grande amélioration, plus marquée dans les cas de larmoiement sans infection visible des voies lacrymales. Contre le larmoiement incurable par tous moyens, elle sera l'opération de choix. ROHMER.

Traitement de la dacryocystite chronique par le curetage suivi du pansement à ciel ouvert, par V. CORNY (*Thèse de Paris*, 1892).

Le procédé chirurgical préconisé par l'auteur pour la cure de la dacryocystite chronique comprend à la fois : le raclage destructif de de Wecker et le pansement à ciel ouvert de Despagnet. Il ne doit être employé que dans le traitement des blennorrées du sac accompagnées d'ectasie, et surtout dans les mucocèles. On doit rejeter son emploi dans les blennorrées sans ectasie et dans les dacryocystites aiguës. Les caries osseuses sont loin d'être une contre-indication à son emploi et nécessitent seulement un curetage plus énergique. La plaie est fermée en trois semaines environ. La disparition totale du catarrhe suppuratif a lieu, sans récidive, 88 fois sur 100 en moyenne, et le larmoiement consécutif peut être traité facilement par les méthodes anciennes, puisque la cavité du sac est réduite, mais non oblitérée. ROHMER.

Note sur une forme de ptosis non congénital et héréditaire, par DUTIL (*Progrès médical*, 12 *novembre* 1892).

Un malade ataxique, atteint de ptosis paralytique bilatéral, comptait

dans sa famille, du côté maternel, en 4 générations, 6 parents atteints de la même infirmité, tous vers l'âge de 50 ans. Chez ce septième malade trois ans après le ptosis parurent des symptômes tabétiques indiscutables qui se déroulèrent peu à peu.

Dans une autre série, Dutil a trouvé un homme de 57 ans atteint depuis l'âge de 45 ans de ptosis paralytique double, et dont le père à 42 ans, et le grand-père avaient eu la même infirmité. Il y voit une espèce de maladie familiale. H. L.

Traitement des plaies infectantes de l'œil, par DIANOUX (*Ann. d'ocul., CVIII, août* 1892).

Les plaies pénétrantes de l'œil, sans introduction de corps étranger, peuvent être primitivement ou secondairement infectées. En cas de traumatisme récent, il faut laver abondamment la plaie, la régulariser, réséquer l'œil ou la capsule, expulser les masses cristalliniennes qui peuvent se présenter entre les lèvres, suturer celles-ci, puis faire un second lavage ; on saupoudre d'iodoforme, et on applique un pansement compressif.

Si la plaie suppure, avec hypopion et iritis, on cautérise d'abord au fer rouge cette plaie, puis on lave la chambre antérieure, soit à travers la plaie, soit à travers une incision; si l'iris suppure, on le résèque. Dianoux va même jusqu'à extraire le cristallin, et à enlever et cautériser le corps vitré par couches successives, jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu sain. Il prétend avoir conservé au globe, de cette façon, une forme convenable. ROHMER.

Beobachtungen über das Vorkommen der sogenannten Fädchenkeratitis in der Schölerschen Klinik (Observations sur la kératite à filaments soignée à la clinique du prof. Schöler), par ALBRAND (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., août* 1892).

L'auteur en a observé 15 cas sur 8,000 malades. Les vésicules cornéennes qui donnent naissance aux filaments seraient dues aux mydriatiques, surtout à l'atropine alcaline ou acide appliquée sur un épithelium cornéen nécrosé ou affaibli. L'auteur accuse l'atropine fabriquée en Allemagne d'être de qualité inférieure. La cessation de l'atropine a souvent suffi à faire disparaître les filaments, et l'hyoscyamine ne les a jamais produits. Si malgré cela, les filaments persistent, un badigeonnage des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de nitrate d'argent au 50me suffit pour amener la guérison. ROHMER.

Kératite dendritique ou herpès? par HALTENHOFF (*Annales d'ocul., CVII, juin* 1892).

L'auteur s'efforce de démontrer que, contrairement à l'opinion de Haab et Hagnauer, et autres, la kératite dendritique doit être nettement différenciée de l'herpès cornéen. Dans les cas de Haltenhoff, il n'y a jamais eu d'herpès cutané concomitant, ni symptômes fébriles ou catarrhaux, ni enfin, soulèvement de l'épithélium. Ce qui dominait surtout, c'était une infiltration nettement parenchymateuse, limitée, il est

vrai, aux couches superficielles, mais présentant dans ses éléments vus à la loupe, des analogies évidentes avec certaines kératites plu profondes de nature infectieuse, syphilitique, par exemple. L'aute admet toujours, comme cause, une infection venue du dehors, grâce à un léger traumatisme épithélial. ROHMER

Beiträge zur Kenntniss der Fädchen-Keratitis (Contribution à l'étude de la kératite à filaments), par C. HESS (*Graefe's Arch. f. Opht., XXXVIII*, 1).

Dans les cas examinés par l'auteur, celui-ci attribue une grande part dans la pathogénie des filaments à l'épithélium cornéen. Ces filaments sont formés par une altération particulière de l'épithélium; en outre de cela, les tissus sous-épithéliaux doivent prendre aussi une part active à la formation des filaments; de même aussi, il est possible que de la fibrine coagulée ou des particules de mucus venant de la conjonctive se rattachent à un filament en voie de formation. L'auteur n'exclut pas cependant les autres opinions émises (Leber, Czermak) au sujet de la formation des filaments. ROHMER.

Ein Beitrag zur Kenntniss der bandförmigen Hornhauttrübung (Contribution à l'étude de la kératite en bandelettes), par SCHIESS (*Graefe's Arch. f. Opht., XXXVIII*, 1).

Un malade, âgé de 31 ans, est porteur sur chaque œil d'un trouble cornéen caractéristique avec injection conjonctivale; l'état général est assez mauvais, le malade tousse, est très affaibli. Il refuse une iridectomie qu'on lui propose, croyant avoir affaire à un glaucome. Le malade quitte la clinique et fait pendant 6 à 7 mois des instillations de pilocarpine; en même temps, l'état général s'améliore, à tel point qu'il peut faire son service militaire. Sous l'influence de l'amélioration de la santé générale, les cornées s'éclaircissent et l'acuité visuelle redevient normale. ROHMER.

Ein Fall von cornealen Neubildungen (Un cas de néoplasies cornéennes), par SIMON (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet* 1892).

Chez un malade qui avait eu, six ans avant, la cornée brûlée par de la chaux vive, on trouva une tumeur large de 9 millimètres et épaisse de 3 millim. 5. La surface postérieure de cette tumeur cornéenne est formée par des restes du tissu cornéen, la surface antérieure par une couche de cellules épithéliales hypertrophiques. La masse de la tumeur consiste dans ses parties extérieures en tissu fibrillaire, tandis que le centre, composé de tissu cellulaire irrégulier, renferme des cavités remplies de tissu myxomateux. La surface postérieure du tissu cornéen supporte une lamelle vitreuse, probablement un produit de sécrétion des cellules endothéliales de la membrane de Descemet. ROHMER.

Le traitement de l'ophtalmie blennorragique, par GALTIER (*Ann. d'ocul., CVII, juin* 1892).

L'auteur propose de protéger la cornée contre le nitrate d'argent à l'aide d'un tuteur métallique, sorte de mince calotte en nickel ayant à peu près la convexité de la cornée sur laquelle elle s'appuie par sa face concave. On soulève les paupières avec un crochet à strabisme et, à l'aide d'un pinceau on badigeonne les culs-de-sac au nitrate d'argent neutralisé immédiatement par de l'eau salée. Cette manœuvre est répétée deux fois

par jour; dans l'intervalle on fait les lavages ordinaires antiseptiques.

ROHMER.

Ueber Conjunctivitis blennorrhoica... (Conjonctivite blennorragique des nouveau-nés chez un enfant expulsé avec la poche des eaux), par NIEDEN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., octobre* 1891).

Un enfant fut expulsé avec la poche des eaux intacte; 4 enfants précédents ayant été atteints déjà de conjonctivite des nouveau-nés, le médecin prit des précautions toutes spéciales pour empêcher le contact des yeux de l'enfant avec les sécrétions vaginales, et par prophylaxie, on instilla encore dans les yeux une solution de nitrate d'argent à 2 0/0; la figure et les yeux furent lavés avec de la ouate au sublimé. Au bout de 24 heures, malgré les précautions les plus minutieuses, on vit les paupières rougir et se gonfler, et la conjonctive œdématiée produisit un liquide séreux qui s'écoulait en abondance sur les joues, et ne tarda pas à devenir purulent. La guérison survint en quelques jours à l'aide des moyens accoutumés. Au microscope, chez les 4 enfants précédents, on trouvait des gonocoques de Neisser dans le pus, mais en moindre quantité à mesure que la maladie se reproduisait chez le plus jeune, et chez le dernier, il n'y en avait plus du tout.

Pas de blennorragie chez le père, mais un écoulement leucorréique chez la mère pendant la seconde moitié de sa grossesse,

Si chez les 4 premiers enfants on peut admettre l'inoculation directe des yeux par les sécrétions vaginales, pour le cinquième l'auteur pense que le virus a dû diffuser à travers la poche des eaux pour contaminer directement ce liquide avec lequel, seul, les yeux de l'enfant ont été en contact; il faudrait alors admettre l'existence de deux produits qui, suivant qu'on constate ou non, la présence des gonocoques de Neisser, donnent lieu à une inflammation grave ou atténuée.

ROHMER.

Zur Prophylaxie des Augentrippers... (Sur la prophylaxie de la blennorragie oculaire de l'adulte et sur le traitement de la blennorrée des nouveaux-nés), par WOLFBERG (*Therap. Monatshefte, n° 12, décembre* 1892).

C'est aux solutions de permanganate de potasse que l'auteur donne la préférence pour la prophylaxie et le traitement de la conjonctivite blennorragique de l'adulte et du nouveau-né. Comme moyen prophylactique on fait une application toutes les douze heures, comme moyen thérapeutique toutes les 10 minutes (sans négliger pour cela les applications de nitrate d'argent.)

Il a récemment expérimenté l'alumnol (sulfo-sel d'aluminium) que l'on a employé avec succès récemment contre la gonorrhée. En poudre et en solution forte (10 0/0), l'alumnol agit comme le chlorure de zinc. En solution à 4 0/0 il provoque dans l'œil normal une douleur passagère (sensation de poils) et une hyperémie de la conjonctive palpébrale qui disparaît vite. La surface de cette conjonctive présente aussitôt de petites élevures et au niveau des angles de petits caillots blanchâtres. Lorsque l'on instille quelques gouttes dans un œil baigné de larmes, ces caillots sont très abondants et la sécrétion lacrymale cesse pendant quelques minutes. On peut profiter de ce répit pour l'application de médicaments actifs (atropine).

Dans la conjonctivite blennorragique la sécrétion purulente se transforme en un caillot blanchâtre qui recouvre toute la conjonctive tuméfiée dont on peut le détacher facilement. Wolfberg recommande la solution

d'alumnol à 4 0/0 pour nettoyer complètement la conjonctive, avant l'emploi du nitrate d'argent. PAUL TISSIER.

Étude sur l'apparition précoce de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés, par BELLOUARD (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans les cas où l'affection apparaît au moment même de la naissance ou quelques heures après, il faut admettre que l'infection précoce a eu pour porte d'entrée, dans certains cas, l'ouverture prématurée de la poche des eaux. La méthode de Credé ne suffisant pas dans ces cas pour enrayer l'affection, les meilleurs moyens à employer pour préserver l'enfant, semblent être des injections vaginales au nitrate d'argent à 5 0/0 et le tamponnement cervical. ROHMER.

Des altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophtalmoscopique de cette région dans les maladies constitutionnelles et dans la myopie, par GALEZOWSKI (*Ann. d'ocul., CVIII, septembre* 1892).

L'auteur s'efforçant de porter son examen surtout sur la région ciliaire habituellement peu explorée, arrive aux conclusions suivantes :

Les lésions du cercle ciliaire sont en rapport avec certaines affections constitutionnelles, telles que la syphilis, la tuberculose et la goutte.

Dans les choroïdites accompagnées des flocons du corps vitré, la présence des taches atrophiques est l'indice certain de la nature syphilitique de la lésion.

En examinant l'ora serrata à l'aide d'une lentille-prisme, construite au moyen de plusieurs couches de flint et crown-glass, on parviendra à découvrir les lésions qui, jusqu'à présent, ont échappé à tout examen.

ROHMER.

Traitement de l'astigmatisme cornéen, par G. MARTIN (*Annales d'ocul., CVII, juin* 1892).

De plusieurs faits recueillis par l'auteur, il résulterait que l'astigmatisme cornéen est souvent sujet à des variations de degrés assez élevés, et que le muscle ciliaire est l'agent ordinaire de production de cet astigmatisme cornéen; d'où, d'après lui, on doit pouvoir guérir ce que l'on a pu provoquer. En effet, chez un malade atteint d'opthalmoplégie externe complète des deux yeux, on trouve un double astigmatisme cornéen régulier, avec conservation de l'accommodation. On attribue ici au muscle ciliaire l'étiologie de l'astigmatisme. Chez un enfant de 15 ans, sous l'influence d'une morsure de chien à l'avant-bras, survient un astigmatisme de 2.50 D sur l'œil du même côté, que Martin attribue à une contraction partielle du muscle ciliaire. Deux fois de suite, l'atropine fit disparaître l'astigmatisme qui finit par ne plus se reproduire. L'auteur conclut que le traitement d'un astigmatisme cornéen récent sera constitué par une médication locale à l'atropine, et on y adjoindra des préparations internes en vue de combattre la nervosité. ROHMER.

Étude sur le nystagmus des houilleurs, par ROMIÉE *Ann. d'oc., juillet, août, septembre et octobre* 1892).

Selon Romiée, la cause du nystagmus des houilleurs réside dans la faiblesse extrême de l'éclairage. De là, des efforts d'accommodation

considérables pour chercher à diminuer les cercles de diffusion et à jouir d'une perception plus nette. Ces efforts d'accommodation seront d'autant plus marqués que le genre de travail exigera une fixation de la vue plus limitée et plus longtemps soutenue. L'hypermétropie contribuera à la fatigue de l'accommodation. Cette fatigue amène insensiblement des contractions cloniques des muscles des globes oculaires.

ROHMER.

Synchisis étincelant et spinthéropie, par SGROSSO (*Rev. gén. d'opht., novembre et décembre* 1892).

L'auteur rapporte deux observations personnelles de l'examen comparatif desquelles il résulte que : 1° le phénomène du scintillement tient non seulement à la présence de la cholestérine, mais aussi à celle de la tyrosine (Poncet) et de sels phosphatiques (Galezowski, Poncet, Sgrosso) ainsi qu'à ceux de margarine; 2° dans les yeux étudiés par lui, les cristaux adipeux et les sels calcaires coexistaient avec des altérations inflammatoires chroniques et dégénératives des membranes et des milieux oculaires. Le cristallin, dans un cas, n'offrait aucune trace de cholestérine; dans l'autre, il était réduit à la capsule plissée et à quelques résidus myéliniques. L'auteur réserve le nom de synchisis étincelant au cas où l'altération a son siège exclusivement dans l'humeur vitrée et dérive de la dégénérescence des éléments de celle-ci, et le nom de spinthéropie à l'affection qui attaque toutes les parties de l'œil ; il est provoqué par une altération du cristallin ou du tractus uvéal. Cette seconde variété serait subdivisée en spinthéropie cristallienne quand le scintillement dépendrait de la lentille et se trouverait dans celle-ci ou ailleurs, comme il arrive quand les résidus lenticulaires sont, à la suite de la rupture de la capsule, versés dans le corps vitré; et en spinthéropie uvéale quand le scintillement provient de cette membrane et de la rétine. ROHMER.

Aspiration des cataractes molles, par AUDIBERT (*Ann. d'ocul.*, *CVIII*, *août* 1892).

L'auteur, frappé des inconvénients que présentent généralement les canules des appareils à aspiration, en a imaginé une nouvelle avec laquelle il prétend évacuer les masses cristalliniennes en une seule séance. Cette canule, légèrement courbe, peut se visser sur le tube aspirateur de Redard. Son extrémité supérieure, au lieu d'être mousse et arrondie en bec de canard ou en calotte, se termine par une aiguille lancéolaire, large de 3 millimètres, tranchante à la pointe et sur toute la portion losangique de ses bords, dont les angles latéro-inférieurs sont émoussés et polis pour se confondre sans aucune rugosité avec le collet et la portion tubulaire de l'aiguille. La face supérieure de la partie lancéolaire est largement évidée pour donner libre accès aux masses cristalliniennes. ROHMER.

Pigmentstaar bei Diabetes (Cataracte pigmentaire chez un diabétique), par Max PERLES (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1892).

L'affection était bilatérale et les éléments, pigmentés, brunâtres, se trouvaient de chaque côté dans les parties temporales de la corticale posté-

rieure. La malade, âgée de 62 ans, était atteinte de diabète depuis 5 ans. L'urine contenait 7 0/0 de glycose. ROHMER.

Linsenranderhebungen (Excroissances équatoriales du cristallin), par TOPOLANSKI (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1892).

Magnus avait déjà fait des recherches sur ce sujet que l'auteur vient aujourd'hui confirmer anatomiquement. Les excroissances coniques de l'équateur sont une altération sénile. Elles sont le produit de la traction exercée sur le cristallin par les fibres de la zonule. On peut les produire artificiellement en plaçant des globes énucléés dans l'alcool absolu, après avoir fait quelques incisions équatoriales pour produire un rétrécissement prompt des parties équatoriales du cristallin. En dégageant les fibres zonulaires du cristallin avant de faire agir l'alcool, on évite la formation des excroissances. Toutes les excroissances portent à leurs sommets des fibres zonulaires. Les petites sont formées par la cristalloïde et la masse corticale, tandis que les plus grandes contiennent des espaces vides très petits. ROHMER.

Beiträge zur Kenntniss der Cataracta zonularis (Contribution à l'étude de la cataracte zonulaire), par DUB (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 4).

Pour l'auteur, cette affection se produit ordinairement dans les premiers mois de la vie ou pendant la dernière période de la vie intra-utérine. Il a mesuré le diamètre équatorial des cataractes zonulaires, et il a trouvé de 4 millimètres 4, à 5 millimètres 6, comme variation, tandis que ce diamètre est en moyenne de 8 millimètres pendant les deux premières années de la vie. On ne peut évidemment tirer aucune conclusion exacte de la comparaison de ces chiffres, mais leur écart est cependant assez considérable pour ne pas admettre la formation des cataractes zonulaires à une période éloignée de la naissance. ROHMER.

De la conduite à observer dans les cataractes envahies par le glaucome, par Santos FERNANDEZ (*Ann. d'ocul., CVIII, novembre* 1892).

L'auteur ne considère que les cas où le glaucome se présente dans les cataractes séniles opérables, non soumises à l'intervention chirurgicale. Dans ces cas, l'extraction ne doit se faire qu'un certain temps après l'iridectomie, et quand on suppose que cette dernière opération a eu pour effet d'enrayer complètement le processus glaucomateux. L'extraction après l'iridectomie peut être considérée comme inutile et être évitée si la perception lumineuse fait défaut, et comme dangereuse si la cataracte est luxée, surtout s'il y a des troubles fonctionnels manifestes.
ROHMER.

Ueber Kernstaar-Ausziehung (Extraction de la cataracte), par J. HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Wochens., n° 26, p.* 635, 27 *juin* 1892).

Hirschberg a pratiqué de 1870 à 1877 (*R. S. M.*, XIII, 698) 237 extractions de cataractes nucléaires avec 11 yeux perdus, soit 4,7 0/0 de pertes ; en 1885 et 1886, 100 extractions avec 2 0/0 de pertes ; enfin, de septembre 1888 à novembre 1891, à l'aide de l'asepsie par la chaleur, 200 extractions consécutives, sans suppuration, ni aucun œil perdu et avec un seul insuccès dû à une occlusion pupillaire. Il stérilise instru-

ments, objets de pansements et collyres à l'aide de l'eau bouillante ou de la vapeur.

La manière de faire l'incision a peu d'importance ; il suffit que l'incision soit assez grande pour laisser facilement passer le cristallin induré et qu'elle ne dévie pas dans la sclérotique. Toute iridectomie est superflue dans l'immense majorité des cas.

Parmi les 200 derniers opérés, se trouvent 92 hommes et 108 femmes. L'œil droit a été opéré 106 fois (53 0/0), le gauche, 94 (47 0/0).

147 fois (73,5 0/0), on a obtenu une pupille ronde ou de forme s'en rapprochant et 53 fois (26,5 0/0) une pupille échancrée.

Ces 53 dernières opérations se décomposent ainsi : 13 fois on avait fait une iridectomie préparatoire ; 21 fois on avait fait, en même temps que l'extraction de la cataracte, et de propos délibéré, l'iridectomie; 11 fois, on avait excisé un petit fragment de l'iris qui s'offrait au devant du couteau ; une seule fois, on avait fait l'iridectomie, après guérison de l'extraction, à cause de la persistance de la forte tension intra-oculaire ; 8 fois la plaie de la cornée s'étant ouverte, il y eut procidence de l'iris qui rentra une fois à la suite d'instillations de physostigmine, mais qui dut être enlevé les 7 autres fois. Néanmoins, Hirschberg ne trouve pas que la hernie de l'iris soit plus fréquente dans l'extraction de la cataracte, quand on ne pratique pas en même temps l'iridectomie.

21 des malades étaient diabétiques (10,5 0/0) ; 15 avaient de la dacryocystite (7,5 0/0).

5 fois il s'agissait de cataracte traumatique et 6 fois de cataracte stratifiée chez des gens déjà âgés.

7 fois il fallut, quelques semaines après l'extraction, pratiquer la déchirure de la capsule pour améliorer l'ouverture pupillaire.

Comme complications opératoires, il y a eu 8 fois (4 0/0) issue de corps vitré.

La guérison a été troublée 2 fois par du délire, 6 fois par une iritis, une fois par l'infiltration de la plaie résultant d'un flux nasal causé par des polypes. C'est le seul insuccès opératoire, parce que la cautérisation de la plaie entraîna l'occlusion de la pupille. Après ablation des polypes nasaux, l'autre œil de ce malade fut opéré de la cataracte avec plein succès.

47 opérations ont donné une acuité visuelle supérieure aux trois quarts ; 64, une acuité supérieure ou égale à la moitié et 42, une supérieure ou égale au tiers ; c'est-à-dire que pour 75 0/0 des cas, on a obtenu une acuité dépassant ou égalant 1/3.

Les 15 cas qui ont fourni une acuité visuelle inférieure à 1/8 comprennent : 1 cas de vue faible avec strabisme, datant de l'enfance ; 1 cas de vaste cicatrice de la cornée ; 1 cas de décollement de la rétine, reconnu avant l'opération, sans qu'on en ait suffisamment tenu compte ; 1 cas de cicatrices cornéo-scléroticales ; 7 cas d'altérations du centre de la rétine (dont 5 chez des myopes parmi lesquels 2 avaient en outre des taches de la cornée) ; 2 cas de lésions diabétiques du centre de la rétine (hémorragies, taches) ; 1 cas d'iritis diabétique grave.

Au delà de l'âge de 50 ans, Hirschberg n'attend pas que la cataracte soit mûre pour l'opérer.

Il repousse les opérations tendant à la maturation artificielle des cata-

ractes. Une seule fois, chez une fille de 31 ans, il a fait la déchirure de la capsule avant d'extraire la cataracte qui n'était pas assez dure.

Sur les 200 dernières opérations, il y en a 35 concernant des cataractes non mûres ; dans aucun de ces cas, ni l'opération, ni la guérison de la plaie n'ont offert d'anomalies, malgré que 5 des malades fussent diabétiques et que certains eussent dépassé 70 ans. Les résultats de ces 35 opérations ont été excellents, meilleurs même que la moyenne générale, car ils ont donné 90 0/0 d'acuité visuelle dépassant ou égalant 1/3.

J. B.

Ein Fall von lenticonus posterior, par EISECK (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1892).

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans, qui avait mal vu depuis sa jeunesse avec l'œil gauche. L'acuité visuelle était de 1/10. En éclairant cet œil avec un miroir plan, on voit au milieu de l'ouverture pupillaire un cercle très réfringent, délimité par des bords sombres très nets. Au milieu de ce cercle apparaît une petite cataracte polaire postérieure. Les autres signes caractéristiques du lenticone existaient également. ROHMER.

Observations à propos d'un cas de luxation spontanée des deux cristallins, par DESCHAMPS (*Ann. d'ocul.*, *CVIII*, *novembre* 1892).

Chez une malade de 45 ans, myope de 16 dioptries, sans lésion du vitréum, les deux cristallins se luxent spontanément, l'un dans la chambre antérieure, l'autre en haut et en dehors. Les deux lentilles furent extraites avec un excellent résultat opératoire et fonctionnel. V = 2/3 avec un verre + 9. L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune lésion de la choroïde; à peine voit-on un léger croissant staphylomateux à bords nets, aucun flocon du corps vitré, aucun signe de liquéfaction de cet organe. L'auteur explique la luxation en haut et en dehors, par une malformation de la zonule à sa partie inférieure, telle que la déchirure n'ait porté que sur le secteur trop faible, et que le cristallin soit resté solidement suspendu par la portion supérieure de résistance normale. ROHMER.

Ein Fall von seniler Degeneration in der Gegend der Maculea lutea (Un cas de dégénérescence sénile dans la région de la tache jaune), par CASPAR (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *août* 1892).

Chez un malade, âgé de 78 ans, l'auteur a observé des excroissances vitreuses avec dépôts calcaires cristallisés à la surface intérieure de la choroïde; il n'y avait ni scotome, ni métamorphopsie; c'est ce qui distingue ce cas des autres semblables. ROHMER.

Deux cas de choroïdite suppurative (panophthalmite) à marche lente, de cause non traumatique, par de GOURLAY (*Ann. d'ocul.*, *CVIII*, *octobre* 1892).

Dans l'un des cas, la panophthalmie se développa chez un enfant de 12 ans, immédiatement après une fièvre typhoïde. Enucléation, guérison. Dans l'autre cas, chez une enfant de 3 ans, un peu chétive, la choroïdite suppurative s'était développée spontanément, sans cause apparente. Quinze jours à 3 semaines après le début des accidents, on fit l'énucléation du globe, et cinq jours après l'opération, se déclara une méningite mortelle. L'auteur pense

qu'il y a eu propagation le long du nerf optique, et conclut de là qu'il faut opérer le plus près possible du début de la lésion. ROHMER.

Ueber Alters Veränderungen der Uvea (Modifications de l'uvée dans la vieillesse), par KERSCHBAUMER (*Graefe's Arch. f. Opht.*, *XXXVIII*, 1).

L'auteur étudie la choroïde : son épithélium pigmentaire subit, avec l'âge, des modifications qui affectent tantôt la forme hypertrophique, tantôt régressive. La lame vitrée qui, dans le jeune âge, se laisse facilement diviser en deux parties, se modifie de la façon suivante : la couche interne homogène s'épaissit et perd son éclat, prenant un aspect trouble et grisâtre; d'autres fois, on y trouve des noyaux arrondis, très minces, se groupant en masses variables, formant le commencement des masses lymphatiques de la choroïde; noyaux et masses se colorent facilement par l'éosine, le picrocarmin et la fuchsine acide de Weichert. La couche chorio-capillaire se compose de vaisseaux rétrécis et irréguliers, dilatés ou rétrécis en certains points; les parois ont perdu leur transparence, ne laissant plus voir les globules sanguins qu'ils renferment; les contours des vaisseaux, nets dans le jeune âge, deviennent indistincts chez le vieillard; dans ceux qui renferment des fibres lisses, le muscle a subi la dégénérescence graisseuse; leurs parois même deviennent fibreuses, ou hyalines, d'où rétrécissement de leur calibre. Les veines subissent à peu près les mêmes altérations, mais à un degré moindre. ROHMER.

Choroïdite et lésion dentaire, par SOUS (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 *novembre* 1892).

Jeune fille de 20 ans présente, 15 jours après le plombage d'une molaire, une diminution de l'acuité visuelle, qu'expliquent un point de choroïdite et une kératite ponctuée; en appuyant sur la dent, on provoque des douleurs et l'œil correspondant devient aussitôt larmoyant. La dent est déplombée et en 10 jours les lésions cornénne et choroïdienne disparaissent complètement. Une semaine plus tard, l'acuité de la vision est réduite à 1/6, sans troubles dans la circulation de la choroïde, après un nouveau plombage. Celui-ci, immédiatement enlevé, l'œil revient à son état normal.

L'auteur interprète le développement de cette maladie oculaire, pour laquelle il n'y a pas eu simple coïncidence, en admettant une action réflexe du nerf maxillaire supérieur sur la branche ophtalmique de Willis. OZENNE.

La prophylaxie de l'ophtalmie sympathique, par de WECKER (*Ann. d'ocul.*, *CVII*, *juin* 1892).

L'auteur cherchant à défendre l'opération proposée bien avant lui, mais qu'il avait remise sur le tapis, de réséquer le nerf optique en cas d'ophtalmie sympathique, cite précisément un cas dans lequel il n'y avait pas d'ophtalmie sympathique, mais une atrophie du globe, suite de pénétration d'un grain de plomb, avec cyclite légère. Bien plus, de Wecker avoue un peu plus loin (page 420, ligne 5) que même pour lui, l'action de la simple résection du nerf optique n'est encore nullement prouvée; s'il la pratique, c'est uniquement dans le but de mettre son

intervention en accord avec ce que la science moderne nous enseigne (à propos de la transmission par les lymphatiques). L'auteur finit par conclure que le seul traitement est encore l'énucléation, lorsqu'il s'agit d'yeux perdus récemment et entièrement et que le moindre symptôme véritablement inflammatoire se produit. C'était ce que tout le monde avait toujours pensé. ROHMER.

Beitrag zur Aetiologie und Prophylaxie der sympatischen Ophtalmie (Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie de l'ophtalmie sympathique), par SCHMIDT-RIMPLER (*Graefe's Arch. f. Opht., XXXVIII*, 1).

A la suite de deux cas d'ophtalmie sympathique traités, l'un sans succès par la névrectomie optico-ciliaire, mais guéri par l'énucléation, l'autre enrayé par des frictions mercurielles, l'auteur se prononce contre la théorie microbienne de Deutschmann, d'autant plus que d'autres observateurs n'ont pu vérifier les expériences de ce dernier. Il donne la préférence à la théorie des nerfs ciliaires, l'irritation continue de ces nerfs amenant par voie réflexe une altération de la circulation de l'autre œil et créant de cette façon la disposition pour l'ophtalmie sympathique. La simple neurectomie cependant ne suffira pas pour empêcher les accidents, les nerfs pouvant se régénérer, et il préfère le plus souvent l'énucléation. La névrotomie sera réservée pour les cas où un œil devient aveugle et sensible à l'attouchement à la suite d'irido-cyclite sans traumatismes précédents, et pour le cas de traumatisme sans corps étranger, enfin, en cas de choroïdite suppurative, ou quand le malade refuse l'énucléation; il est bon, d'après l'auteur, d'ajouter à la névrectomie des scarifications sous-conjonctivales. ROHMER.

Ueber die Intoxications-amblyopie (De l'amblyopie par intoxication), par GRŒNOUW (*Graefe's Arch. f. Opht., XXXVIII*, 1).

Après avoir étudié, d'après 185 observations prises dans le service de Fœrster, l'âge des malades, l'étiologie, l'acuïté visuelle, la dose maximum de tabac (15 grammes), l'auteur insiste surtout sur le scotome produit par la lésion du nerf optique. Au début, il y a d'abord un petit scotome pour le rouge, presque toujours sur les deux yeux, et qui va s'étendant vers la fovea centrale et la tache de Mariotte; il a alors la forme d'un ovale dont le gros bout s'étend du côté de la fovea; le scotome pour le rouge augmente de chaque côté. D'après l'auteur, il n'y a jamais de scotome pour le blanc au début de la maladie, sauf dans les cas graves; de plus, il n'y a pas de rapport entre les dimensions du défaut rouge et du défaut blanc. La guérison plus ou moins complète est la règle; quelquefois, il y a atrophie du nerf optique. Comme diagnostic, à signaler la différence d'avec la névrite rétro-bulbaire.

ROHMER.

Ein Beitrag zur Kenntniss der hereditären retrobulbaren Neuritis (Contribution à l'étude de la névrite rétro-bulbaire héréditaire), par SOMYA (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet* 1892).

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade aveugle, dont la mère, deux oncles maternels et deux cousins du même côté étaient devenus aveugles ou très

amblyopes entre l'âge de vingt et quarante ans. Sur deux membres de la famille qui ont pu être examinés, on trouve un jeune homme de 19 ans atteint de névrite rétro-bulbaire avec rétrécissement considérable des veines et des artères, scotomes centraux et paracentraux absolus, tandis que les parties périphériques du champ visuel sont normales. Des frictions d'onguent mercuriel améliorèrent la vision. Un oncle du malade présentait, à l'ophtalmoscope, des vaisseaux normaux et une atrophie des moitiés temporales des papilles, avec scotomes centraux absolus et rétrécissement concentrique du champ visuel. ROHMER.

Ueber Embolia partialis Retinæ (Embolie partielle de la rétine), par Max PERLES (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *juin* 1892).

Dans 6 nouveaux cas d'embolie de la rétine, l'auteur fait ressortir l'importance des artères maculaires dans ce processus. Sur 11 cas d'embolie observés pendant une année dans la clinique du professeur Hirschberg, 7 étaient partiels. Une endocardite ancienne ou récente a été presque toujours la source de l'embolie. Le massage énergique et immédiat a continué à donner de bons résultats dans cette affection, considérée autrefois comme incurable. ROHMER.

Zur Embolie der Arteria centralis Retinæ, par Robert KERN (*Thèse Zurich* 1892, *et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 17, *p.* 549).

Sur les 83 cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine que Kern a trouvés dans la littérature, il en est 66,2 0/0 où la provenance de l'embolus n'a pu être fixée d'une façon certaine. D'autre part, parmi les 12 observations personnelles à Kern, il n'en est que 2 où l'on ait pu rattacher le caillot à une lésion cardiaque; chez les 10 autres malades, il a été impossible d'en découvrir le point de départ.

Aussi Kern en est-il venu à penser que, dans la majorité des faits décrits sous le nom d'embolie de l'artère centrale de la rétine, il s'agit, en réalité, d'une thrombose.

D'où la conséquence que l'examen général devra porter sur l'existence d'athérome, de syphilis, de mal de Bright, etc. J. B.

De l'extirpation des tumeurs du nerf optique sans énucléation du globe oculaire, par THIERRY (*Thèse de Nancy*, 1892).

Le seul traitement rationnel des tumeurs du nerf optique est l'extirpation.

Dans les cas de tumeur nettement limitée et primitive, on devra l'extraire en conservant le globe oculaire. Lorsqu'il y aura doute sur la nature de la tumeur, on devra opérer avec l'intention de conserver le globe, et s'il surgit des difficultés opératoires, on sera autorisé à pratiquer l'énucléation. Dans tous les cas où cette opération est possible, elle est préférable à l'énucléation, le globe conservant encore quelques mouvements, et, s'il s'atrophie, permettant la pose plus facile d'un œil artificiel.

ROHMER.

Note sur le traitement du décollement de la rétine, par CHEVALLEREAU (*France méd.*, *n°* 27, *p.* 420, 1892).

Après cocaïnisation, on applique au niveau du décollement de 3 à

8 fois la pointe fine du thermo-cautère normalement à la surface, profondément, mais sans traverser la sclérotique. L'opération peut être renouvelée au bout de 15 jours; elle provoque une choroïdite adhésive.

LEFLAIVE.

Ueber partielle Atrophia Nervi optici nach Hämatemesis (Atrophie partielle du nerf optique consécutive à une hématémèse), par SOMYA (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août* 1892).

On a eu rarement occasion d'examiner l'image clinique de l'amaurose consécutive à une hémorragie de l'estomac, et d'en faire l'examen anatomo-pathologique. Ziegler en a publié 1 cas en 1887. Somya a observé 3 cas d'amaurose incomplète après des hémorragies stomacales, qui étaient caractérisées par l'existence de grandes lacunes du champ visuel et l'aspect ophtalmoscopique d'une atrophie partielle du nerf optique. Il est d'avis qu'il s'agit dans ces cas d'un processus inflammatoire, et peut-être d'une névrite consécutive à l'ischémie temporaire de l'artère centrale.

ROHMER.

Ueber Erblindung nach Blutverlust (Amaurose consécutive à des hémorragies), par HIRSCHBERG (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1892).

L'auteur a observé en pareil cas un œdème de la rétine, comme dans l'embolie de l'artère centrale, dans un œil qui, trois semaines auparavant, avait été atteint d'amaurose totale à la suite d'une hémorragie stomacale. Cet œil présentait en même temps une hémorragie rétinienne située à proximité du disque optique. Quelques mois plus tard on constata une atrophie du nerf optique; la circonférence du disque etait flou et les parois des artères très rétrécies apparaissaient épaissies. Dans la retine de l'œil congénère, dont l'acuité visuelle et le champ visuel étaient normaux, on apercevait, trois semaines après l'hémorragie, trois foyers rétiniens louches et bleuâtres dans le voisinage de la papille. Ces foyers se résorbèrent plus tard sans laisser de traces.

ROHMER.

Sur la tuberculose de l'œil, par CORNIL (*Bull. acad. de méd.*, 19 *juillet* 1892).

L'œil sectionné, on constate une tumeur qui siège dans le corps ciliaire, la choroïde, et qui se continue dans la sclérotique et la conjonctive. Après durcissement et par des coupes passant par le milieu de l'organe suivant son grand cercle, on constate, au niveau du corps ciliaire, dans la région des fibres méridiennes et des fibres radiées jusqu'aux procès ciliaires et dans toute la choroïde, un épaississement considérable et une infiltration tuberculeuse.

Celle-ci est caractérisée par des follicules tuberculeux contenant des cellules géantes à très nombreux noyaux et par des îlots caséeux assez étendus. Il est facile de constater sur les coupes le développement intra-vasculaire des cellules géantes.

Cet épaississement de la choroïde atteint son maximum au niveau de la zone ciliaire, mais on trouve aussi une infiltration tuberculeuse dans le segment postérieur de cette membrane. Cette lésion existe symétriquement de chaque côté, mais elle est plus prononcée dans la moitié droite, là où s'étaient produites une perforation de la sclérotique et une saillie de la tumeur tuberculeuse sous la conjonctive.

Dans le segment postérieur on ne trouve que quelques follicules isolés, petits, formés par des petites cellules et de cellules géantes.

La sclérotique est également envahie au niveau de la zone ciliaire, et là dans les points où elle est en contact avec la conjonctive, des leucocytes, cellules géantes, se voient à la partie profonde de cette membrane.

La rétine est décollée dans sa totalité, sauf au niveau du corps ciliaire et de l'iris ; on ne trouve dans son épaisseur que deux follicules tuberculeux avec cellules géantes près de l'entrée du nerf optique. Sur ce nerf on constate une névrite inflammatoire d'origine tuberculeuse, mais sans follicules ni cellules géantes.

Dans le corps ciliaire et dans la choroïde, outre les cellules géantes, on note quelques bacilles en petit nombre et on remarque dans les tubercules une diffusion particulière des granulations pigmentaires.

En comparant ce fait aux observations de tuberculose de l'œil connues, on voit qu'il en diffère par son siège dans le corps ciliaire et la choroïde, et par son extension à la sclérotique et à la conjonctive sous forme de tumeur comparable par sa masse à une tumeur sarcomateuse ou cancéreuse. OZENNE.

Extraction zweier Cysticerken aus einem Auge (Extraction de deux cysticerques contenus dans le même œil), par A. GRAEFE (*Klin. Monatsbl.f. Augenheilk., septembre* 1892).

A l'ophtalmoscope, on pouvait constater l'existence des deux parasites; l'un était visible quand le regard était dirigé en bas, l'autre lorsque le regard était dévié latéralement. Une incision de 14 millimètres de longueur fut pratiquée sous l'insertion du droit inférieur détaché, et les parasites purent être extraits à l'aide d'une pince. La guérison eut lieu sans réaction inflammatoire. ROHMER.

I. — Ueber die Finnenkrankheit des menschlichen Auges, par J. HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Wochens., n°* 14, *p.* 325, *et n°* 15, *p.* 359, 4 *et* 11 *avril* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, n°* 14, *p.* 341).

I. — Berlin était, jadis, avec la province de Saxe et la Thuringe, le lieu de prédilection des cysticerques oculaires en Allemagne. De 1853 à 1866, A. von Graefe, et de 1869 à 1885, Hirschberg lui-même, l'ont rencontré 1 fois sur 1,000 maladies des yeux. Il en est tout autrement dans l'Ouest et le Sud de l'Allemagne. En 20 ans, dans le Wurtemberg, on n'en a signalé que 6 cas, parce que, dans ce pays, on ne consomme le porc que bien cuit.

En Portugal et en Sicile, le cysticerque de l'œil n'est pas beaucoup plus rare que dans l'Allemagne du Nord. En France, le cysticerque de la conjonctive, en Angleterre celui de la chambre antérieure, sont à peu près aussi fréquents qu'à Berlin; mais, dans ces deux pays, le cysticerque du fond de l'œil est infiniment plus rare que dans le Nord de l'Allemagne.

Mais à Berlin, les choses ont changé depuis neuf ans qu'existe l'inspection régulière des viandes de porc (1 porc ladre sur 200 en moyenne). Dans les six dernières années, sur plus de 46,000 affections des yeux, Hirschberg n'a vu que 2 cysticerques dont 1 venant de Saxe, tandis qu'antérieurement, pour le même nombre de malades, il en aurait vu 46.

Hirschberg donne le résumé de 41 observations personnelles de cysticerques oculaires. Les 33 premières concernent l'intérieur de l'œil; elles comprennent 1 cas de cysticerque de la chambre antérieure chez un enfant de 2 ans. Les 32 autres faits se rapportent à des cysticerques du corps vitré ou sous-rétiniens; dans l'un, il y avait coïncidence d'un cysticerque sous-cutané immédiatement au-dessous de la paupière inférieure gauche, c'est-à-dire de l'œil opposé au cysticerque. 15 fois, Hirschberg a fait l'extraction du parasite. Chez 9 de ces opérés, la vision n'était pas complètement abolie. Pour un, l'extraction ayant échoué, il a fallu en venir à l'énucléation du globe. 3 ont tout à fait perdu ce qui leur restait de vue à la suite de l'opération; 3 en ont d'abord bénéficié, mais au bout de mois ou d'années, sont devenus aveugles de l'œil opéré. Enfin, pour les 2 derniers malades, l'extraction, qui date de six ans chez l'un et de dix ans chez l'autre, a eu un succès durable. 6 fois l'extraction a été effectuée sur un œil déjà aveugle, toujours avec bon résultat pour la forme du globe. D'autre part, Hirschberg a fait 16 fois l'énucléation de l'œil; la 33e malade n'a pas été opérée. Les 8 dernières opérations comprennent 4 cas de cysticerques sous-conjonctivaux et 4 cas de cysticerques sous-cutanés au voisinage de l'œil, dont 3 chez des enfants de 1 1/2 à 3 ans.

Les 41 cas de Hirschberg concernent 21 hommes et 20 femmes. Sous le rapport de l'âge, il en ressort que le cysticerque oculaire se rencontre surtout de 21 à 30 ans, où il est 2 fois plus fréquent que ne le voudrait la proportion de vivants de ces âges; de 11 à 20 ans et de 30 à 40 ans, sa fréquence correspond exactement à la proportion des vivants.

II. — Schweigger confirme la remarque d'Hirschberg que les cysticerques oculaires sont devenus des plus rares à Berlin, depuis 1883.

De 1875 à 1891, Virchow a rencontré à l'autopsie 122 cas de cysticerques dont 104 cérébraux. Durant le même laps de temps, il a vu 9 cysticerques du cœur, 2 du poumon et 1 du rein, et aucun cas de trichines cardiaques. Il n'a noté que 15 cas de cysticerques musculaires et 2 d'osseux (diploé des os de la voûte cranienne), mais ces chiffres ne correspondent pas à la véritable fréquence du parasite dans les muscles et surtout dans les os, qui ne sont pas, comme les viscères, l'objet d'investigations méthodiques dans toutes les autopsies. Virchow a constaté aussi une tendance à la diminution du nombre des cas de cysticerques, depuis quelques années; au contraire, il y a une faible augmentation du chiffre des cas de tænias, depuis quelque temps, mais les malades peuvent l'avoir contracté ailleurs qu'à Berlin. Enfin, depuis 1888, il y a diminution marquée des échinocoques.

Virchow admet, à titre d'exception, la possibilité d'auto-infection chez les malades atteints de ténia, celui-ci sous l'influence de mouvements antipéristaltiques remontant de l'intestin dans l'estomac où il laisse ses anneaux mûrs, ses œufs et ses larves. Mais la statistique démontre que la coexistence de trichines et de ténias est plus commune que celle de cysticerques et de ténias, ce qui prouve simplement que les gens peu soigneux dans le choix de leurs aliments sont exposés à ingérer les germes de plus d'une sorte de parasites.

G. Lewin a pu réunir 21 cas d'auto-infection par les œufs de ténia. Les cysticerques cutanés sont également devenus très rares depuis un

certain nombre d'années, d'après Lewin. (*R. S. M.*, I, 379; II, 971; IV, 673; VIII, 706; XII, 278; XXV, 606 et 607; XXVIII, 707; XXIX, 708; XXXV, 639; XXXVI, 287; XXXVII, 287 et 288.) J. B.

Contribution à l'étude du glaucome hémorragique, par VALUDE et DUBIEF (*Ann. d'ocul.*, *CVIII*, *août* 1892).

D'après l'examen microscopique de quatre yeux, les auteurs montrent qu'on trouve toujours des lésions rétiniennes dans le glaucome hémorragique, lésions consistant d'abord en une dégénérescence profonde, hyaline ou fibreuse des vaisseaux rétiniens; ensuite dans l'existence de vacuoles rétiniennes plus ou moins généralisées, plus ou moins vastes, remplies d'exsudats fibrineux, ou vides. Les altérations du tractus uvéal et du nerf optique qui constituent la base du glaucome irritatif, soit chronique, soit aigu, sont plus variables.

En somme, si l'on s'en rapporte aux lésions constatées, le glaucome hémorragique serait plutôt, suivant l'expression de Poncet, une maladie d'origine rétinienne et une affection généralisée du système cardio-vasculaire (artério-sclérose), qu'une affection propre au tractus uvéal comme l'est le glaucome irritatif. ROHMER.

Weitere Mittheilungen über die von vernabten Irisvorfällen ausgehende Glaskörpereiterung (Nouvelle contribution à l'étude de la suppuration du vitreum consécutive à une hernie traumatique de l'iris), par WAGENMANN (*Graefe's Arch. f. Opht.*, *XXXVIII*, 1).

De l'examen de deux nouveaux cas, l'auteur tire les mêmes conclusions que précédemment; les streptocoques ont affecté une marche extrêmement maligne, provoquant une inflammation intense des parties envahies. Ce fait même plaide contre une infection endogène; car il serait surprenant qu'un coccus aussi malin ait pu circuler dans le sang et arriver dans l'œil sans causer de dommages sur un autre organe.

Il s'agit donc là encore d'une infection ectogène de la cicatrice excluant l'infection endogène qui, jusqu'alors, reste encore à l'état d'hypothèse. ROHMER.

Eigenthümliche Schwaakungen der Sehschärfe in Folge eines intraocularen Fremdkörpers (Oscillations de l'acuité visuelle d'un œil contenant un corps étranger), par KRAMER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *septembre* 1892).

L'œil en question renfermait un éclat d'acier logé dans la rétine et était atteint d'opacités du corps vitré; le matin, après le réveil, l'acuité visuelle était de 14/200, et pendant la journée elle descendait à 2/200. Quand le malade séjournait pendant une heure et demie dans la chambre obscure, cela suffisait pour produire la même acuité visuelle que le sommeil. ROHMER.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé, etc., par DARIER (*Soc. fr. d'opht.*, 4 *mai* 1892, *et Bulletin de la Soc. d'opht. de Paris*, 1892).

Dans deux mémoires différents, l'auteur insiste sur les résultats encourageants qu'il a obtenus par l'emploi des injections sous-conjonctivales de sublimé. Il cite des améliorations rapides obtenues dans les cas d'amblyopies centrales (névrites rétro-bulbaires) d'origine héréditaire ou rhumatismale, de névrite optique par compression, d'atrophies

optiques d'origine syphilitique, et d'atrophie secondaire à une chorio-rétinite spécifique. Pour l'auteur, les injections sous-conjonctivales de sublimé ont amené dans un temps très court une amélioration si notable de l'acuité visuelle, qu'il n'est plus possible de nier sinon la supériorité sur le traitement général, du moins son efficacité réelle. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Ein behaarter Rachenpolyp (Polype poilu du pharynx), par CONITZER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p*. 1163, 1892).

Un homme de 26 ans présente à gauche de la luette un polype en forme de bouteille, gros comme une amande, attaché par un mince pédicule à la paroi antérieure de l'arrière cavité des fosses nasales, et balayant la base de la langue. On le détache sans difficulté à l'aide de l'écraseur.

La surface antérieure de ce polype est d'un blanc nacré; elle donne insertion à de nombreux poils. Sur l'un des côtés, la surface a une coloration brunâtre.

La tumeur a une structure identique à celle de la peau. La couche cornée est peu épaisse, surtout au niveau du pédicule. Les faisceaux conjonctifs du derme sont longitudinaux. Les poils sont pourvus de glandes sébacées; il y a des glandes sébacées indépendantes. Les glandes sudoripares sont très nombreuses.

Sur plusieurs points on trouve des fibres musculaires lisses. Au centre du polype existe un noyau cartilagineux allongé. On constate enfin quelques follicules lymphatiques.

L'auteur n'a trouvé que 9 faits semblables dans la littérature médicale.

L. GALLIARD.

Sul luogo di impianto dei polipi naso-faringei, par Camillo POLI (*Boll. mal. dell' orecchio*, *X*, 11).

L'auteur a pu déterminer d'une façon très nette le point d'implantation d'un polype naso-pharyngien, chez un jeune homme de 19 ans, mort d'accidents pulmonaires quelques jours avant le moment choisi pour l'opérer. Ce polype s'insérait par plusieurs points, au bord postérieur de la cloison nasale, à l'extrémité postérieure des cornets moyen et supérieur, à la face antérieure du corps du sphénoïde, à la lame criblée de l'ethmoïde dans sa partie postérieure. A. CARTAZ.

Angine parasitaire causée par une levûre et cliniquement semblable au muguet, par TROISIER et ACHALME (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 1).

Au cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et vers la fin du troisième septenaire, une malade est atteinte d'une angine avec dysphagie, brûlure, enduit blanchâtre assez épais, de consistance molle et un peu visqueuse; cet enduit recouvre le pharynx, les deux amygdales, les piliers du voile du palais, la luette. Au-dessous, la muqueuse est injectée. Cette angine a cédé rapidement à un traitement boraté. Elle rappelle le muguet primitif de la gorge, décrit par Damaschino et Duguet mais était due à une levure

vraie, ayant la forme de globules ovoïdes, bourgeonnants sans filaments avec acospores ; cette levure agissait comme un ferment alcoolique énergique. Il n'y avait pas d'autre microbe dans les fausses membranes. GIRODE.

Diphtheria simulating simple catarrhal angina, par KOPLIK (*New York med. journ., p.* 225, 27 *août* 1892).

L'auteur passe en revue les angines dont l'aspect n'éveille pas l'idée de diphtérie et qui fournissent cependant le bacille de Lœffler.

1° Cas d'amygdalite simple avec ou sans herpès des lèvres, sans engorgement ganglionnaire;

2° Cas d'angine pultacée: dépôt jaunâtre sur les amygdales;

3° Folliculite amygdalienne combinée avec des fausses membranes;

4° Ulcération et nécrose de l'amygdale; plaques grisâtres;

5° Membranes jaunâtres insérées dans la substance de l'amygdale au lieu de paraître déposées à la surface.

Dans quatre cas, l'auteur a trouvé, au lieu du bacille de Lœffler, le pseudo-bacille de Hofman. Mais il faut remarquer que trois fois les fausses membranes manquaient absolument et qu'on constatait seulement de la rougeur et de la fièvre. Le pseudo-bacille ne tuait pas les cobayes.

L. GALLIARD.

I. — Du phlegmon périamygdalien, par J. LEMAISTRE (*Ass. franç. pour l'avancement des sciences, Congrès de Limoges*).

II. — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens, par A. RUAULT (*Mercredi méd.*, 18 *janvier* 1893).

I. — La loge amygdalienne peut être considérée comme une excavation remplie par la glande et du tissu cellulaire ; c'est dans ce tissu que se forme le pus qui refoule en bas et en dedans l'amygdale. Il est indiqué d'ouvrir ces abcès de bonne heure. L. a remarqué que, dès que la collection purulente est formée, il se produit entre les fibres du pilier antérieur un léger écartement siégeant sur la partie oblique du pilier, à un demi-centimètre de son bord interne. Le doigt, porté sur ce point perçoit bien cet écartement et détermine de la douleur ; c'est là qu'il faut inciser en allant un peu profond.

II. — R. croit préférable, pour atteindre ces collections, de décoller les adhérences entre les piliers et l'amygdale, au moyen d'un crochet mousse et au besoin d'un crochet tranchant. On arrive ainsi à donner issue au pus par la voie qu'il suit, quand l'abcès s'ouvre spontanément. Il est, en effet, rare que l'abcès se fasse jour à travers le pilier antérieur ; le plus souvent c'est entre le pilier et l'amygdale ou au niveau de la partie supérieure de l'amygdale. A. CARTAZ.

Du sulfure de calcium dans l'amygdalite, par F. P. NORBURY (*Therapeutic Gazette*, 16 *mai* 1892).

L'inflammation parenchymateuse aiguë des amygdales chez les strumeux a une tendance marquée à la suppuration. On peut arrêter les progrès de l'affection, et même la faire avorter, en administrant de faibles doses (de 0,005 milligrammes à 0,03 centigrammes) de sulfure de

calcium, fréquemment répétées. Ce traitement doit être accompagné de l'application topique sur la gorge, de liquides antiseptiques.

R. FAURE MILLER.

Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire, par A. RUAULT (*Union méd.*, 17 *janvier* 1893).

Après avoir débarrassé les cryptes des amygdales des concrétions qu'elles peuvent renfermer, libéré les piliers des adhérences, on cocaïnise l'amygdale et on enlève la partie hypertrophiée par une sorte de morcellement, d'ablation morceaux par morceaux, à l'aide d'une forte pince dont une branche est coupante, l'autre est pleine, cylindrique, formant au sens littéral du mot un emporte-pièce. A chaque prise, on enlève un morceau du volume du bout du doigt, et en quatre ou cinq, l'amygdale est réduite au minimum. L'écoulement sanguin est insignifiant, la douleur très peu marquée; on badigeonne la surface cruentée avec une solution iodo-iodurée, et en peu de jours la lésion est guérie. C'est un procédé plus rapide que la galvano-puncture et moins dangereux que l'amygdalotomie. A. CARTAZ.

Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle (**Sur les tumeurs bénignes de l'antre d'Hyghmore**), **par P. HEYMANN** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXIX*, 2).

Heymann a ouvert et examiné les deux antres d'Highmore de 250 sujets pris au hasard à l'amphithéâtre et dont la mort n'était nullement due à une maladie du maxillaire supérieur. Dans ces 500 antres d'Highmore, il a trouvé 31 tumeurs qui se divisaient en formations osseuses et en kystes. Ces derniers étaient plus nombreux et présentaient des tumeurs de nature variée. ÉD. RETTERER.

Un caso di epitelioma dell' antro d'Highmoro, par Luigi de GAETANO (*Giorn. int. d. sc. med.*, *XIV*).

L'auteur relate l'histoire d'un homme de 60 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur de la région du sinus gauche, avec ulcération cratériforme à l'angle de l'œil communiquant avec l'antre. L'examen montra qu'il s'agissait d'un épithéliome ayant pris naissance dans le sinus et devenu inopérable par son extension.

G. signale la rareté de ces cas; sur un total de 297 tumeurs du maxillaire supérieur qu'il a relevées de 1877 à ce jour, il n'a trouvé que 6 cas d'épithéliome du sinus, dus à Récamier, Stimson, Caselli, Morel, Trélat et Robinson. A. C.

Diagnostic des abcès du sinus maxillaire, par LERMOYEZ (*Semaine méd.*, 1er *février* 1893).

Excellente revue sur le diagnostic de cette lésion, sur la fréquence de laquelle l'auteur insiste avec juste raison. Les symptômes qui permettent d'établir le diagnostic se divisent en :

1° Signes de présomption : écoulement muco-purulent unilatéral; intermittence de cet écoulement; douleurs sous-orbitaires; cacosmie

subjective; carie des molaires supérieures; présence du pus dans le méat moyen. Tous ces signes n'acquièrent quelque valeur que par leur réunion; de même la présence de polypes dans le méat moyen, le bourrelet latéral hypertrophique, la projection de la paroi latérale du sinus dans le méat moyen.

2° Signes de probabilité : signe de Fränkel, consistant au retour du pus dans le méat moyen, après que ce méat a été soigneusement nettoyé, par l'inclinaison de la tête en avant; défaut de transparence du sinus à l'éclairage électrique, signe de Heryng.

L'auteur insiste sur la valeur de ce procédé en montrant ce qu'on doit en attendre et les moyens de le bien appliquer.

3° Signe de certitude : présence du pus démontrée par la ponction exploratrice à travers la paroi nasale du méat inférieur. A. CARTAZ.

Transformation kysto-pneumatique des cornets moyens, par BEAUSOLEIL (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 *juillet* 1892).

Femme de 48 ans, atteinte depuis 6 mois d'enchifrènement croissant et de douleurs de tête. Base du nez un peu élargie et aplatie; nombreux polypes muqueux dans les fosses nasales. Ceux-ci enlevés on aperçoit une tumeur occupant toute la partie supérieure de la narine droite. Cette tumeur, d'apparence solide, est accolée, d'un côté, à la cloison et, de l'autre, repose sur le cornet inférieur, qu'elle refoule en bas et en dehors. Oblongue, de la grosseur d'une amande, elle présente cà et là, à sa surface, des îlots blanchâtres nacrés, véritables incrustations calcaires. En appuyant un stylet sur la partie la plus proéminente de la tumeur on brise le tissu osseux et l'on pénétre dans un espace vide (kyste osseux du cornet moyen).

Avec l'anse galvanique on procède à l'ablation totale de ce kyste, dans lequel se trouvait un polype muqueux de la grosseur d'une noisette.

Du côté gauche, le cornet moyen était également kysto-pneumatique, mais à un degré bien moindre que celui du côté opposé; traitement par les cautérisations ignées. OZENNE.

Dégénération des cellules glandulaires de la muqueuse nasale, par SUCHANNEK (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 7, *p.* 218, 1er *avril* 1892).

Suchannek a signalé, dans la muqueuse nasale de l'homme, des cellules glandulaires boursouflées, hypertrophiques, très légèrement granuleuses et pigmentées. Ces cellules dégénérées, qui absorbent avec une facilité remarquable les couleurs acides d'aniline (éosine, congo), se rencontrent aussi bien dans la région respiratoire que dans la région olfactive de la muqueuse.

Dans la région olfactive, cette dégénération doit être distinguée du stade de sécrétion des glandes de Bowman, pendant lequel les petites cellules, à l'ordinaire légèrement granuleuses, grossissent et prennent un aspect homogène. Un autre trait caractéristique de cette dégénération, c'est que le noyau cellulaire n'est pas toujours refoulé à la base de la cellule, comme c'est le cas dans la transformation muqueuse des cellules glandulaires. Suchannek a rencontré les cellules dégénérées à la fois dans les acini et dans le conduit excréteur. Mais comme il les a observées dans un grand nombre d'affections de la muqueuse nasale, il n'est pas en état d'en indiquer la signification. J. B.

Sur une cause rare d'épistaxis, par MOUNIER (*France méd.*, n° 19, 1892).

Une dame de 22 ans, légèrement rhumatisante, est prise spontanément d'une abondante épistaxis difficile à arrêter. La rhinoscopie antérieure montre que le sang ne vient pas des fosses nasales. La rhinoscopie postérieure montre que l'hémorragie a sa source dans la glande de Luschka, saine en apparence. Le tamponnement des fosses nasales eût été inutile. L'hémorragie est arrêtée au moyen d'une compression locale à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'antipyrine à 1 pour 5.

LEFLAIVE.

Zur Beantwortung der Frage... (Quand peut-on traiter la maladie de Basedow par une opération intra-nasale ?) par E. WINCKLER (*Wien. med. Woch.* n 40 à 44, 1892).

Il est rare que la maladie de Basedow reconnaisse pour cause un réflexe nasal dont on puisse supprimer le point de départ par la destruction du tissu érectile nasal.

On ne doit se décider à intervenir qu'en présence d'indications formelles. Les manipulations intra-nasales pouvant faire éclater ou exagérer le nervosisme, il faut éviter de multiplier les explorations des fosses nasales et terminer autant que possible l'opération en une seule séance.

Les indications de l'intervention intra-nasale dans la maladie de Basedow, sont :

1° L'obstruction complète des fosses nasales (végétations adénoïdes volumineuses, polypes gros ou nombreux, déviation extrême de la cloison) ;

2° Les altérations inflammatoires des sinus des fosses nasales qui, non seulement sont dangereuses pour les organes voisins et amènent une céphalalgie pénible, mais encore déterminent des troubles de la respiration et de la circulation par le gonflement de la muqueuse voisine.

L'occlusion partielle ou passagère ne doit, sauf exception, être combattue que par des lavages ou des insufflations espacées. LEFLAIVE.

I. — Massage, beziehungsweine Vibrationen... (Massage vibratoire des muqueuses du nez et de la gorge), par BRAUN (*Congrès de méd. intern. de Berlin*, 1890, *et Trieste*, 1890).

II. — Ueber die locale massage der Schleimhaut..., par CEDERSCHIOLD (*Allg. med. Central Zeit.*, 1er *novembre* 1890).

III. — Massage bei Hals und Nasen..., par HERZFELD (*Deut. med. Zeit.* 6 *novembre* 1890).

IV. — Ueber Vibrations-Massagen..., par HŒFFINGER (*Allg. Wiener med. Zeit.*, *décembre* 1891).

V. — Ueber Ozœna, par DEMME (*Deut. med. Woch.*, 12 *novembre* 1891).

VI. — Die innere Schleimhautmassage..., par LAKER (*Wiener med. Presse*, 31 *janvier et suiv.*, 1892, *et broch. Gratz*, 1892).

VII. — *Idem*, **par CHIARI** (*Wiener klin. Woch.*, n° 36, 1892).

VIII. — Réponse de BRAUN (*Ibidem*, n° 40).

IX. — Réponse de CHIARI (*Ibidem, n° 42*).

X. — Réplique à Laker, par CHIARI (*Wiener med. Presse*, 11 *décembre* 1892).

XI. — Vibratory massage of the nase, par PIERCE (*N. York med. record*, 14 *mai* 1822).

XII. — Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx et de la gorge, par GARNAULT (*Semaine méd.*, 7 *septembre* 1892).

XIII. — *Idem*, **par MASUCCI** (*Rassegna critica intern., mars* 1892).

XIV. — Il massagio nella terapia oto-rino-laringologica, par FELICI (*Il Sordomuto, juin* 1892).

XV. — *Idem*, **par POLI** (*Gazz. degli Ospedali*, 16 *juin* 1892).

XVI. — Sul massagio nelle affezioni delle prime vie respiratorie, par GRADENIGO (*Arch. ital. di otologia, I*, 1).

I à XVI. — Kellgren, un des premiers (1888), eut l'idée d'agir par le massage sur les muqueuses malades chroniquement, puis Braun vulgarisa la méthode du massage vibratoire, que Laker désigne sous le nom de massage interne des muqueuses. La méthode générale consiste en ceci : des vibrations régulières produites par la contraction tétanique des muscles, de l'épaule et du bras, sont transmises tout d'abord par l'avant-bras et la main du médecin à une sonde tenue comme une plume à écrire, et en dernier ressort de l'extrémité préalablement garnie de ouate, de cette sonde aux muqueuses malades avec lesquelles elle est en contact, déterminant ainsi le massage vibratoire de ces muqueuses.

La technique du massage vibratoire est extrêmement difficile à apprendre. Outre l'exposé détaillé de la méthode et des expériences qu'il à faites sur le cylindre enregistreur dont il donne les courbes, Laker complète son travail par un grand nombre d'observations cliniques : polypes naso-pharyngiens ; ozène ; rhinite atrophique, catarrhe chronique et toutes affections étrangement rebelles aux moyens ordinaires très améliorées, même guéries par le mode de traitement dont il est le chaud défenseur.

CART.

Chiari a essayé et fait essayer à sa clinique le massage de Braun, il n'a pas obtenu de résultats satisfaisants et croit que le nettoyage soigneux, l'antisepsie, les badigeonnages avec les médicaments usuels donnent des améliorations et des guérisons plus sûres que le massage. Quant à l'ozène, sa guérison ne peut être obtenue par ce procédé.

Braun et Laker défendent vivement leur procédé thérapeutique, et ce que Chiari attribue aux badigeonnages, aux lavages, aux médicaments, ils le mettent sur le compte des vibrations.

Herzfeld et Hœffinger ont employé la méthode avec succès. Demme dit avoir amélioré et même guéri des ozènes. Pierce contredit cette affirmation ; il ne pense pas que les tissus atrophiés puissent se régénérer sous l'influence de ces massages ; mais il les croit utiles et efficaces, comme excitant et modifiant le système vasculaire et lymphatique.

Garnault a étudié avec soin le procédé de Braun. On trouvera dans son travail, véritable revue critique, un exposé détaillé de la méthode, et ses résultats personnels. Il a modifié le procédé de Braun, en combinant avec le massage l'emploi de l'électricité, courants continus ou intermit-

tents, qui donne ainsi des secousses multipliées fort rapides et qui peut agir par son action propre. Les résultats qu'il a obtenus confirment les assertions de Braun, et il ne doute pas que ce traitement ne prenne de l'extension. C. Masucci, avec un nombre de faits plus restreints ; Poli, partagent cette manière de voir ; Grandenigo n'a pas encore une expérience personnelle assez longue pour motiver un jugement définitif.

A. CARTAZ.

A case of enlarged accessory thyroid gland at the base of the tongue, par Collins WARREN (*Trans. americ. surg. Assoc.*, *X*, *p.* 213).

Femme de 52 ans, ayant une tumeur de la langue, dont elle s'est aperçue il y a vingt-deux ans, et qui a lentement grossi. La tumeur est située entre la base de la langue et l'épiglotte ; recouverte d'une muqueuse normale, elle a le volume d'un œuf de poule. Vaisseaux superficiels volumineux. Ablation.

La tumeur présente les caractères de la glande thyroïde avec points de dégénérescence kystique.

A. C.

Ueber das Empyem des Sinus frontalis, par WINCKLER (*Münchener med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 836, 1892).

L'empyème du sinus frontal est une affection rare : l'auteur en réunit 15 cas, dont 5 personnels. Généralement l'étiologie en est obscure (8 cas), d'autres fois l'affection a paru être due au traumatisme (2 cas), à l'influenza (3), à la syphilis (1 cas). On compte 2 hommes et 13 femmes, et quant à l'âge, le plus jeune patient avait 17 ans, le plus âgé 53 ans. L'ouverture du sinus à l'aide d'une sonde flexible en laiton, que l'on introduit de bas en haut entre la cloison et le cornet moyen, et avec laquelle on défonce la paroi inférieure du sinus, a permis d'en connaître le contenu, qui est muqueux ou purulent. Dans les deux cas, il existe une douleur névralgique siégeant dans le nerf sus-orbitaire ou bien dans toute la branche ophtalmique de Willis. La douleur est permanente avec exaspérations, qui se produisent quelquefois à propos du travail intellectuel. En même temps il existait de la photophobie, de l'injection de la conjonctive, une fois un scotome scintillant. Quelquefois on peut apercevoir par la rhinoscopie antérieure l'orifice du sinus ; le plus souvent du coryza diffus empêche cette constatation. La peau de la région peut être rouge et tuméfiée (3 cas), et si sensible que la percussion arrache des cris au malade. La douleur, surtout dans les cas suppurés, résiste naturellement aux analgésiques ordinaires. Pour déterminer si le sinus contient un liquide, il faut avoir recours à la percussion, pour savoir si ce liquide est transparent, on a recours à l'éclairage de la cavité nasale. Mais ce procédé ne permet pas de distinguer l'empyème du sinus d'une tumeur de la même région. En raison de la situation élevée du sinus frontal, le pronostic de cette affection est favorable, parce que le pus trouve facilement son écoulement, sauf dans les cas où il existe une déviation de la cloison, ou quelque autre malformation des fosses nasales osseuses. La perforation de la paroi inférieure du sinus est généralement suffisante et fait cesser immédiatement les douleurs. La ventilation par le procédé de Politzer est insuffisante. Après l'ouverture,

l'auteur pratique des insufflations de poudre d'iodoforme; éventuellement il fait un tamponnement iodoformé. La trépanation par la voie nasale est contre-indiquée, s'il existe des signes de compression cérébrale, par soulèvement de la paroi postérieure du sinus; cependant il est bien rare que l'on doive recourir à la trépanation par la voie cutanée.

C. LUZET.

Contributo clinico ad anatomo-patologico allo studio della pachidermia della laringe, par F. MASSEI et A. DAMIENO (*Arch. ital. di laring.*, *XII*, 3).

Jeune homme bien portant, atteint d'enrouement depuis quelque temps. Pas de syphilis, pas de tuberculose, très bonne santé. On trouve sur la corde gauche un peu rouge, une saillie ovoïde, tranchant par sa coloration blanc argenté, ressemblant à une plaque de psoriasis ; cette excroissance a une saillie de quelques millimètres. Après un essai infructueux de pulvérisations à l'acide lactique à 2 0/0, Massei enleva cette excroissance avec la pince de Kœnig. La voix revint en peu de temps parfaite. M. croit dans ce cas à une variété circonscrite de pachydermie laryngée.

L'examen histologique pratiqué par Damieno montra une transformation de l'épithélium en une stratification épidermoïdale, avec cellules aplaties, sans noyaux. Dans la masse on voit des papilles entourés de ce tissu épaissi.

A. C.

Enlargements of the epiglottis, par RICE (*New York med. journ.*, *p.* 393, 1892).

Le gonflement de l'amygdale linguale est la cause habituelle de la congestion et de la tuméfaction de l'épiglotte. Cette tuméfaction peut aboutir à l'hypertrophie définitive par hyperchondrose. Elle se traduit cliniquement par une sensation pénible de réplétion du larynx, une toux paroxystique, du spasme glottique et de l'aphonie. La toux est provoquée par les plus légers incidents ; il faut la distinguer de la toux réflexe qui dépend de l'encombrement des fosses nasales, de l'élongation de la luette ou du gonflement de l'amygdale linguale.

L'épiglottite catarrhale ne peut être traitée avec succès par les astringents; la cocaïne, soit en badigeonnage, soit en pulvérisations, peut rendre service, mais elle ne procure pas la guérison complète.

Si l'on emploie le galvano-cautère pour réduire les dimensions de l'épiglotte, on s'aperçoit vite des mauvais résultats de cette méthode: œdème, gonflement, douleur pendant des semaines.

Dans deux cas, Rice a sectionné les côtés de l'épiglotte à l'aide de longs ciseaux; l'inflammation consécutive a duré deux semaines. Dans un cas l'hémorragie a été assez abondante.

Il faut avant tout s'attacher à réduire le volume de l'amygdale linguale.

L. GALLIARD.

Zur Tuberculose der hinteren Larynxwand (Tuberculose de la paroi postérieure du larynx), par KELLER (*München. med. Woch.*, *n*os 23, 24 *et* 25, *p.* 403, 426 *et* 443, 1892).

Pour découvrir la paroi postérieure du larynx, Keller fait pencher fortement en avant la tête à ses malades en les plaçant dans une position

élevés par rapport à l'observateur. Il a ainsi observé 100 malades dont 81 avec phtisie pulmonaire évidente, 15 avec phtisie douteuse, 4 nullement tuberculeux; 48 avaient de la phtisie laryngée, et sur ces 48, 34 des lésions de la paroi postérieure et 3 des lésions de cette paroi dont la nature ne put être affirmée; 8 d'entre eux n'avaient de tuberculose qu'à la paroi postérieure. Le diagnostic de cette lésion doit être fait avec le catarrhe chronique de cette région, la pachydermie, les infiltrations syphilitiques et les gommes, le lupus, la lèpre, le sclérome, les tumeurs, entre autres le papillome, dans les cas où la tumeur n'est pas ulcérée; si la tumeur est ulcérée, il faut la distinguer de la syphilis, des ulcérations catarrhales. La recherche des bacilles, ou l'inoculation peuvent souvent être utile pour lever des doutes.

La tuberculose de la paroi postérieure du larynx comprend deux stades : infiltration et ulcération. L'infiltration (18/34) est le plus souvent limitée à la région interaryténoïdienne. Une seule fois elle était limitée à la région cricoïdienne. La seconde forme a été toujours trouvée limitée à la région interaryténoïdienne. L'auteur croit devoir chercher la raison de cette localisation dans la mobilité des aryténoïdes et dans les plissements qu'elle imprime à la muqueuse pendant la phonation. La marche de cette tuberculose est lente, mais si la tuberculose pulmonaire subit un coup de fouet, elle s'accélère parallèlement. Les ulcérations, en gagnant la paroi antérieure du pharynx, peuvent être cause de violentes douleurs; en immobilisant les aryténoïdes, l'infiltration peut empêcher leur écartement et devenir la cause d'une asphyxie, pouvant nécessiter la trachéotomie.

C. LUZET.

A case of phthisis of the larynx and lungs, terminating in epithelioma of the larynx, par Norris WOLFENDEN (*Journ. of laryng., decembre* 1892).

Homme de 46 ans, entré à l'hôpital en décembre 1890 pour de la dysphagie. Dix-neuf ans auparavant, il a eu la syphilis. On n'en trouve actuellement aucun signe; rien aux poumons. Le larynx présente l'aspect d'une tuberculose type, tuméfaction des aryténoïdes, pâleur de la muqueuse, etc. Une sœur est morte de phtisie.

Traitement par l'iodure; puis après peu de temps, huile de morue, toniques, pansements locaux à l'acide lactique. Les crachats contiennent des bacilles.

En février 1891, signes de tuberculose pulmonaire, aggravation des lésions laryngées. Cependant le traitement amène une amélioration progressive.

A la fin de juillet, le larynx était à peu près guéri et l'état général bien amendé.

En novembre 1891, il est pris de gêne de la respiration, puis d'accès de dyspnée qui nécessitent la trachéotomie le 2 décembre. On trouve alors une tumeur de la bande ventriculaire gauche ayant tous les caractères du cancer. Un fragment enlevé montre qu'il s'agit d'un épithélioma. En avril, envahissement des ganglions; état général grave.

Le malade a été perdu de vue à ce moment (31 mai 1892). L'auteur, vu l'état d'envahissement des tissus, suppose qu'il a dû mourir à courte échéance.

A. CARTAZ.

Laryngitis leprosa, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (*Archivos int. de rinologia, octobre* 1892).

Dans ce travail, l'auteur étudie les manifestations de la lèpre sur la

muqueuse des voies respiratoires supérieures et du larynx en particulier. Après quelques considérations générales sur l'étiologie de la lèpre, sur sa contagiosité, il examine, d'après trente-deux malades qu'il a pu observer à Séville, les symptômes et la marche de la lèpre sur la muqueuse bucco-laryngée. D'après lui, la laryngite lépreuse est toujours secondaire à des accidents du côté de la bouche, du pharynx et plus souvent du nez. On peut la voir survenir au sixième mois du début de la maladie générale, plus souvent après un, deux ou trois ans.

Dans la première période, on trouve des signes de congestion, coloration rosée ou rouge, avec infiltration commençante, léger gonflement de la muqueuse, de l'épiglotte, des bandes ventriculaires, etc. Au début, la sensibilité n'est pas altérée. Au fur et à mesure de la progression de la maladie, la teinte congestive fait place à une décoloration de la muqueuse, à de la pâleur des tissus.

Dans une seconde période, surviennent les tubercules, toujours de plus petit volume que sur la peau; enfin, dans une troisième, les ulcérations. Les troubles de la voix varient avec le siège et l'intensité des lésions. Chemin faisant, l'auteur décrit les lésions simultanées de la muqueuse nasale, de la bouche et de la gorge.

La forme anesthésique est rare dans la gorge, mais R. de la Sota en a observé quatre cas très nets. L'auteur termine cet exposé clinique très complet par l'étude de l'anatomie pathologique, du diagnostic et du traitement.

A. CARTAZ.

Stenose laringea tifica, minacciante soffocazione, crico-tracheotomia, guarigione, par A. CATTERINA (*Il Morgagni*, *p.* 589, *octobre* 1892).

Homme de 26 ans, pris au 3e septénaire d'une fièvre typhoïde, de douleur au pharynx, d'abord légère, puis de raucité de la voix de plus en plus prononcée aboutissant à l'aphonie; en même temps, reprise de la fièvre, puis menace de suffocation; crico-trachéotomie, guérison; 4 mois après la trachéotomie, on constate sur les parties latérales de l'orifice laryngé, au-dessous de l'épiglotte, des tuméfactions qui oblitèrent presque complètement l'orifice, et sont recouvertes par une sorte de muraille mobile pendant les mouvements respiratoires occupant la partie antérieure du larynx; 2 mois plus tard, la tuméfacation du côté droit a disparu, celle du côté gauche a beaucoup diminué de volume, la muraille précédemment constatée était constituée par le repli aryténo-épiglottique tuméfié; le malade conserve encore sa canule.

GEORGES THIBIERGE.

Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs, par SABRAZÈS et FRÈCHE (*Ann. mal. de l'or. septembre* 1892).

Résultats de l'examen histologique de trois petites tumeurs de ce genre. Ces nodules sont constitués par des hypertrophies limitées de l'épithélium et du chorion muqueux. Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kératinisation en excès, soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques; tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies papillaires.

Le plus souvent l'épithélium et le chorion participent à cet épaississement.

A. CARTAZ.

Ueber die centripetale Leitung im Nervus Vagus und speciell im Nervus laryngeus inferior, par R. BURKART (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 973, 26 *septembre* 1892).

Krause et Burger, les deux derniers expérimentateurs qui se soient occupés (*R. S. M.*, XLI.....) de la nature mixte ou simplement motrice du nerf laryngé inférieur, sont arrivés à des conclusions opposées, le premier confirmant pleinement des expériences anciennes de Burkart, le second les reniant.

Burkart a expliqué d'avance (*R. S. M.*, XII, 424) ces résultats contradictoires en montrant qu'on obtient des effets tout différents de l'excitation du bout central du pneumogastrique au-dessus de l'origine du laryngé supérieur, comme de l'excitation du bout central du récurrent, suivant que les animaux sont profondément endormis ou non par un narcotique. Quand l'animal est plongé dans un profond sommeil, l'excitation du nerf a toujours pour conséquence la contraction du diaphragme, son attitude en inspiration ; dans le cas contraire, on note le relâchement du diaphragme, son attitude expiratoire. En revanche, le sommeil de l'animal ne modifie en rien les résultats de l'excitation du laryngé supérieur. Burkart tire de ses expériences la même conclusion qu'avait tirée Rosenthal des siennes. Il existe dans le tronc du pneumogastrique deux catégories de fibres expiratoires. L'une se trouve exclusivement dans le tronc du laryngé supérieur et entre en connexion directe avec le centre respiratoire sans l'intermédiaire du cerveau ; l'autre, en revanche, n'influence le centre respiratoire que par l'intermédiaire des centres nerveux siégeant dans le cerveau. Cette deuxième catégorie de fibres se trouve exclusivement dans le tronc du pneumogastrique, au-dessous de l'origine du laryngé supérieur. Mais il est très vraisemblable que le laryngé supérieur contient des fibres des deux catégories. J. B.

I. — Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes, par H. KRAUSE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 20, *p.* 478, 16 *mai* 1892)

II. — Idem, par H. BURGER (*Idem*, *n°* 30, *p.* 746, 25 *juillet* 1892).

I. — Krause a fait sur des lapins, des chats et des chiens, un certain nombre d'expériences qui confirment celles de R. Burkart (*Pflueger's Archiv f. Physiol.*, 1868), à savoir que le nerf laryngé inférieur jouit à la fois de la conductibilité centrifuge et centripète, et qui les complètent, en ce sens que l'excitation centripète du nerf produit non seulement l'attitude expiratoire du diaphragme et un arrêt de la respiration dans l'expiration, mais aussi en même temps la constriction de la glotte, l'adduction des cordes vocales et une immobilité plus ou moins prolongée des cordes vocales en adduction.

Les propriétés sensitives du laryngé inférieur ressortent encore de la douleur accusée par l'animal mal endormi, quand on applique sur le bout central du nerf une électrode, et des mouvements réflexes de déglutition qu'on n'observe jamais quand on excite le bout périphérique du laryngé inférieur, mais bien quand on excite le laryngé supérieur.

Le laryngé inférieur est donc un nerf mixte.

Krause part de ces résultats expérimentaux pour expliquer la position morbide des cordes vocales en permanence sur la ligne médiane, à l'aide d'une contracture réflexe, résultant de l'excitation des fibres centripètes du récurrent.

II. — Burger a refait les expériences de Semon et Horsley (*Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 31) et constaté comme eux et à l'inverse de Krause que jamais l'excitation du bout central du récurrent sectionné ne provoque de mouvements des cordes vocales, et que toujours le crico-aryténoïdien postérieur perd plus vite, après la mort, son excitabilité que le crico-aryténoïdien latéral.

Dans l'application que Krause fait immédiatement de ses résultats expérimentaux à la pathologie des paralysies du larynx, il n'est pas arrêté un instant par la circonstance que chez l'homme, la position médiane des cordes vocales se produit toujours du côté où le récurrent est comprimé, tandis que dans ses expériences, c'est la corde vocale du côté non paralysé qui est en adduction. De plus, la compression du récurrent chez l'homme ne s'accompagne d'aucun des troubles signalés par Burkart et par Krause du côté du diaphragme et de la respiration.

Burger reste donc partisan de la paralysie primitive du crico-aryténoïdien postérieur avec contracture secondaire de son antagoniste, rejetant complètement l'idée de Krause, d'une contracture soit primitive, soit réflexe. Il se fonde dans cette opinion sur les arguments suivants :

1° Le mode de début de l'affection, par une simple diminution de la faculté d'abduction, sans aucun phénomène spasmodique; 2° la flaccidité des cordes vocales visible au laryngoscope; 3° le rapprochement des cordes vocales durant l'inspiration; 4° le trouble à peine sensible de la phonation; 5° la guérison commençant toujours par les constricteurs de la glotte; 6° l'atrophie des crico-aryténoïdiens postérieurs, seule constatée à l'autopsie dans le cas de position médiane des cordes vocales; 7° la coïncidence de cette position médiane avec l'atrophie paralytique du trapèze et du sterno-mastoïdien innervés par la branche externe du même accessoire de Willis, tandis qu'en pareille circonstance, on n'a jamais noté la contracture de ces muscles: 8° sa coïncidence avec d'autres phénomènes paralytiques du côté de la branche interne elle-même de l'accessoire de Willis : accélération du pouls; paralysie des muscles du palais et du pharynx; 9° la coexistence de la paralysie du thyro-aryténoïdien interne; 10° la transformation ordinaire de la paralysie des dilatateurs en paralysie complète de tous les muscles de la glotte.

Burger pense que Krause, après avoir abandonné l'explication de la contracture primitive des dilatateurs (*R. S. M.*, XXVII, 458) pour celle actuelle de leur contracture réflexe, reconnaissant bientôt que cette nouvelle hypothèse est aussi insoutenable que la première, se rattachera à l'idée de la contracture secondaire, paralytique, et alors l'accord sera fait.

J. B.

A case of abductor paralysis of both vocal cords, par WRIGHT (*Journal of Americ. Med. Assoc., p.* 437, 8 *octobre* 1892).

Une femme de 26 ans, qui depuis longtemps souffrait d'anémie, de toux,

de palpitations, de dyspnée, entre à l'hôpital le 29 décembre 1890. La respiration est bruyante, riduleuse; on constate de la bronchite double.

A l'examen laryngoscopique, la corde vocale gauche est immobile sur la ligne médiane, la corde droite se meut en abduction, mais un tiers seulement de son excursion normale. Les deux temps de la respiration sont bruyants, surtout l'inspiration; la nuit, en même temps il semble exister un peu de dyspnée. La toux et l'expectoration cessèrent après qu'on eut traité la bronchite, mais les signes laryngés restèrent les mêmes. La malade quitte l'hôpital en avril 1891, et rentre de nouveau le 19 août 1891 pour une attaque subite de dyspnée, qui passa rapidement. D'autres attaques de dyspnée furent observées de temps en temps (la patiente était hystérique) et le 29 avril 1892, elle mourut subitement de suffocation. On ne put pratiquer l'autopsie.

En pareil cas l'auteur considère l'extirpation des cordes vocales fort justifiable. MAUBRAC.

A case of laryngeal vertigo, par NEWCOMB (*New York med. journ., p.* 297, 10 *septembre* 1892).

Homme de 40 ans, s'étant refroidi et ayant la voix rauque avec toux spasmodique depuis 8 jours; à la fin des quintes, il rejette un épais mucus qui paraît venir des grosses bronches. On a de la peine à examiner le larynx, car l'introduction du miroir provoque de pénibles accès de toux suivis d'apnée. Ces accès se répètent chaque fois qu'on irrite la gorge. Ils sont annoncés, lorsqu'ils surviennent spontanément, par une sensation de chatouillement. Les quintes s'accompagnent de spasmes cloniques généralisés; tous les muscles se contractent sans que le malade puisse modérer les contractions. Dans un cas il a été projeté hors de son lit. Ces spasmes généralisés sont suivis d'une perte de connaissance momentanée, la face étant toute bleue. Deux fois il y a eu morsure de la langue. Pas d'aura.

Les crises laryngées se répètent pendant un mois; on constate plus tard un léger épaississement des cordes vocales; la voix est devenue normale.

L. GALLIARD.

I. — Papillomes du larynx chez l'enfant, disparition spontanée après la trachéotomie, par J. GAREL (*Ann. mal. de l'or., juin* 1891).

II. — Spontaneous cure of multiple papillomata of the larynx after tracheotomy, par J. H. WHITE (*Journ. americ. med. Assoc.,* 22 *octobre* 1892).

III. — Report of case of papilloma of the larynx, intubation tube worn 4 years, par F. E. WAXHAM (*Ibidem*).

IV. — Un cas d'atrophie d'une tumeur laryngée chez une enfant, par Max THORNER (*Arch. int. de laryngologie, V,* 3).

I. — Fillette de 4 ans qui, à la suite de l'influenza, en 1890, a été prise d'enrouement, d'aphonie, puis peu à peu de gêne respiratoire. Le 9 juin, Garel constate la présence de papillomes de la corde vocale gauche et de l'espace interaryténoïdien et conseille la trachéotomie. Les parents diffèrent l'opération, mais on est obligé de la pratiquer d'urgence le 11 juin, en raison des violents accès de suffocation. 15 jours après, la canule est rejetée par suite de la rupture d'un des tenons. Au moment de remettre une nouvelle canule G. constate que la voix de l'enfant est moins rauque et que la respiration est moins gênée. Il l'examine le 30 juillet et ne trouve plus trace de papillomes. On enlève la canule; l'enfant est guérie.

G. cite une observation chez un enfant de 11 ans, chez lequel il y eut ces

mêmes accidents, nécessitant la trachéotomie. L'examen laryngoscopique n'est pas possible. On trouva des papillomes de l'épiglotte et on peut supposer qu'il y en avait dans le larynx. Au bout de deux ans, la canule put être enlevée. Les cordes étaient seulement rouges et il n'y avait plus traces de papillomes sur l'épiglotte.

II. — Enfant de 5 ans, examiné par White le 5 juin 1886 pour de l'aphonie et de la dyspnée. Petites tumeurs papillomateuses sur la corde gauche, la bande ventriculaire et l'espace interaryténoïdien. Ablation à la pince, cautérisation à l'acide chromique.

En octobre, réapparition des tumeurs qui ont gagné le côté droit et retour des accidents. On trouve un papillome à la face inférieure de l'épiglotte. Opération le 10 octobre. Le 14 novembre, nouvelle récidive; l'examen histologique confirme le diagnostic.

Le 23 janvier 1887, trachéotomie d'urgence, l'enfant était absolument sans vie. White enlève les tumeurs à plusieurs reprises durant six semaines. Mais à chaque opération la récidive semble plus rapide et les tumeurs finissent par remplir la cavité laryngée. Ne voulant pas faire la thyrotomie, W. laisse l'enfant tranquille. Il est tout surpris après quelques mois de voir les tumeurs diminuer et en avril 1892 il pouvait constater que le larynx était libre. Il ne restait qu'une tumeur à la paroi antérieure de la trachée qui nécessite encore le port de la canule.

Ces cas sont assez rares; Œrtel en a publié deux (*Volkmann saml. klin. Vortraege*, n° 315); Hunter Mackenzie un 3e (*Lancet*, 6 avril 1889); Eliasberg un 4e (*Medic. Obozrenie*, n° 1, 1889). C'est dans le cas de Garel que la canule a pu être enlevée le plus rapidement (49 jours).

III. — Enfant de 2 ans et demi, chez lequel on dut pratiquer le tubage pour les troubles respiratoires causés par des papillomes du larynx. Le 6e jour on pouvait enlever le tube (23 juin 1888). Mais bientôt la dyspnée reparaissait et le 9 juillet on replaçait le tube.

En l'absence de Waxham, le tube ne pouvant être replacé, on pratique la trachéotomie. En octobre, à son retour W. retrouve l'enfant avec sa canule; il l'endort au chloroforme et constate que le larynx qui avait été cautérisé à l'acide chromique, présente des adhérences intimes ne laissant pas passer la sonde. Le 14 octobre, laryngotomie, section des adhérences, ablation des papillomes; tubage tout en laissant la canule à trachéotomie. Après deux ou trois autres opérations de curage, les tumeurs semblèrent décroître. La canule et le tube furent portés pendant deux ans; puis on laissa le tube seul les deux dernières années. Actuellement, l'enfant, âgé de 6 ans et demi peut rester sans tube plusieurs heures de suite.

IV. — Fillette de 3 ans et demi, prise d'enrouement persistant, puis à la suite de froid, de dyspnée assez forte. A l'examen, hyperémie généralisée du larynx, petite tumeur triangulaire, blanchâtre, du volume d'un pois sur le bord libre de la corde gauche. La tumeur a l'aspect d'un fibrome. Les accidents respiratoires cèdent à un traitement antiphlogistique. Quatre semaines plus tard, l'enrouement diminuait et à la suite d'une coqueluche, disparut tout à fait. L'examen montra à ce moment la disparition de la tumeur et une sorte d'épaississement fusiforme de la corde. Th. pense qu'il y a eu dégénérescence et résorption graduelle de la tumeur, puis expulsion dans les quintes de coqueluche.

A. CARTAZ.

Two cases of laryngectomy for adeno-carcinoma of the larynx, par J. SOLIS-COHEN (*New York med. journ.*, 12 *novembre* 1892).

1° Homme de 55 ans, traité sans succès par l'iodure pour une tumeur du larynx. Un fragment enlevé par Gleitsmann montre au microscope qu'il s'agit

d'un adéno-carcinome de la corde gauche. Anesthésie par l'éther, en raison de quelques troubles cardiaques. Trachéotomie préliminaire. Puis laryngectomie unilatérale. Solis-Cohen trouve cette ablation partielle beaucoup plus difficile et pénible que l'ablation totale. Pneumonie secondaire due probablement à de l'obstruction prolongée de la canule la première nuit. Mort le 2e jour.

2° Homme de 45 ans. A l'âge de 25 ans, Lefferts a enlevé un papillome volumineux de la partie gauche du larynx. Bon état de santé pendant 10 ans. En 1878, début de l'enrouement; en 1892, la dyspnée est extrême, la toux fréquente et il y a de la dysphagie. On trouve du côté gauche deux tumeurs d'apparence papillomateuse. Trachéotomie préliminaire. Ablation des tumeurs; l'examen montre qu'il s'agit de sarcome. Ouverture du larynx, ablation et raclage de toutes les portions suspectes. Récidive et extension. Laryngectomie totale. La tumeur est un épithéliome cylindrique. L'œsophage fut soigneusement respecté, la trachée suturée à la peau à la base de la plaie. Le malade guérit sans encombre. A. CARTAZ.

Fall eines Fremdkörpers in den Luftwegen (Cas de corps étranger des voies aériennes), par AST (*München med. Woch.*, *n°* 34, *p.* 605, 1892).

Quatre jours après qu'un enfant dit avoir « avalé » une petite pierre et sans les signes ordinaires de corps étranger, on trouve chez lui une pleurésie droite avec exsudat modéré. Cette pleurésie donne les signes ordinaires, pas d'accidents particuliers. Dans la nuit du onzième jour, à partir de celui où la pierre a été avalée, la toux devient considérablement plus violente; les accès se répètent encore plus au cours de la matinée du lendemain, et peu après midi survient un accès de toux excessivement violent avec dyspnée intense, asphyxie imminente, mais en même temps la petite pierre est rejetée par la toux. Immédiatement après on trouve un pneumothorax droit. Mais les signes objectifs et subjectifs diminuent très rapidement et, le lendemain matin, on ne trouve plus qu'un reste de pneumothorax vraisemblablement encapsulé, siégeant à la région du hile du poumon droit et empiétant du côté gauche (?) Quatre jours après commence la résorption de l'exsudat pleurétique, en même temps que disparaissent les signes de pneumothorax. A la fin de la quatrième semaine, l'état local paraît être redevenu normal. C. LUZET.

Foreign body in the air passages for five (5) months, par WILSON (*Glasgow med. Journal*, *p.* 24, *juillet* 1892).

Un homme de 28 ans avait avalé un sifflet en étain, arrondi, de un pouce et demi de diamètre et de trois quarts de pouce d'épaisseur. La respiration était un peu gênée et à l'expiration on percevait un léger sifflement, mais il fut impossible de déterminer le point où siègeait le corps étranger. Durant cinq mois, le patient ne ressentit que peu de gêne : il y avait de la dyspnée lors d'un effort, et parfois un sentiment de douleur au niveau de la portion supérieure du sternum. Un matin, à son réveil, le malade rejeta, dans un effort de toux, le sifflet qu'il avait avalé. MAUBRAC.

Morceau de verre arrêté à l'entrée des voies digestives et aériennes, par MOURE (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 *décembre* 1892).

Ce fait de corps étranger des voies aériennes, intéressant par l'absence de signes manifestes, a été observé sur une jeune femme de 20 ans. Le premier accident fut une sensation de violente constriction à la gorge ressentie

subitement pendant l'ingestion d'une soupe au lait. Pendant un mois gêne continue de la déglutition et, à deux ou trois reprises, expectoration de crachats sanglants.

Au miroir laryngoscopique, on aperçoit à la partie postérieure du larynx un corps étranger transversalement situé, dur, faisant une plus grande saillie à gauche et se présentant sous l'aspect d'une ligne noire. Son extraction, assez pénible, a montré que c'était un morceau de verre triangulaire, dont chaque côté mesurait un peu plus de 3 centimètres, et qui se trouvait aux trois quarts engagé dans l'œsophage par un de ses angles. Guérison. OZENNE.

Intubation versus Tracheotomy, par W. LOVETT (*Med. News, p.* 233, 27 *août* 1892).

A « Boston City Hospital », de janvier 1887 à janvier 1891, on a pratiqué 392 intubations, et durant ce temps, 139 trachéotomies. Cette dernière opération n'a donné que 11 0/0 de guérisons, mais on doit dire qu'elle ne fut pratiquée que dans les cas les plus graves.

Des 392 cas d'intubation, 312 moururent et 80 guérirent, soit 20, 4 0/0.

Les accidents de l'intubation furent nombreux : 21 fois on dut pratiquer immédiatement la trachéotomie par suite de l'arrêt de la respiration, dans cette série il n'y eut que deux guérisons. On nota 3 cas de mort survenue pendant que l'on introduisait le tube à intubation.

Durant les 4 années qui ont précédé 1887, au même hôpital, on a pratiqué 327 trachéotomies, avec 95 guérisons, soit 29 0/0.

En comparant les deux séries portant sur un nombre sensiblement égal d'opérés, dans un même espace de temps, l'auteur insiste sur le taux de mortalité de l'intubation, plus élevé de 9 0/0, que celui de la trachéotomie, et aussi sur les accidents survenus au cours de l'intubation, plus nombreux que dans l'opération rivale. Cependant, l'intubation pour les enfants au-dessous de 3 ans et surtout de 2 ans, reste l'opération la plus favorable. Sur 43 enfants trachéotomisés au-dessous de 2 ans, 3 seulement guérirent, tandis que sur 123 cas d'intubation au-dessous de 3 ans, 14, 63 0/0 ont guéri.

Conclusion : pratiquer la trachéotomie dans la plupart des cas de diphtérie laryngée grave, excepté chez les enfants au-dessous de 2 ans, chez lesquels l'intubation reste l'opération de choix. MAUBRAC.

Intubation and tracheotomy, par O'DWYER, L. S. PILCHER, etc. (*New York academy of medicine,* 20 *octobre* 1892).

O'Dwyer reconnaît que l'opération de l'intubation est difficile, nécessite une longue expérience sur le cadavre : il est indispensable d'agir très vite, car si la mise en place du tube dure plus de 12 ou 15 secondes l'opération peut déterminer une apnée dangereuse. La trachéotomie est de beaucoup plus facile à pratiquer.

A Boston City Hospital, les guérisons après l'intubation atteignent le taux de 20 0/0; à William Parker Hospital, à New-York, ce taux est de 38 0/0.

La trachéotomie secondaire réussit lorsqu'il existe des fausses membranes dans la trachée, et qu'on peut les enlever par la voie nouvelle qu'on a créée, ce qui eût été impossible avec le tube à intubation seul. Sauf ce cas particulier, en pratique, l'intubation accomplit tout ce que

la trachéotomie peut elle-même accomplir, et elle ne possède aucun de ses inconvénients.

L. S. Pilcher montre que les tubes de O'Dwyer ne sont pas adaptés pour enlever aisément les fausses membranes de la trachée : aussi ces masses peuvent-elles être cause de mort subite, au moment de l'introduction du tube : et il est alors trop tard pour pratiquer la trachéotomie. Quant à la trachéotomie secondaire, elle ne compte que bien peu de succès.

L'intubation paraît donc devoir être réservée aux cas les moins graves : les autres doivent être traités par la trachéotomie.

G. Gay établit que jusqu'au 1er juillet 1892, la trachéotomie pour diphtérie a été pratiquée à Boston City Hospital, 514 fois avec 116 guérisons; l'intubation pratiquée 502 fois a donné 91 guérisons. Dans 58 cas, on a pratiqué les deux opérations, avec 7 guérisons seulement.

Waxham (de Chicago) envoie la statistique des intubations qu'il a pratiquées lui-même, au-dessous d'un an : 12 cas, 4 guérisons; à un an : 58 cas, 13 guérisons; à 2 ans : 74 cas, 34 guérisons; à 5 ans : 40 cas, 18 guérisons; à 6 ans : 26 cas, 7 guérisons; à 8 ans : 10 cas, 6 guérisons. En total, il a rapporté 421 cas, avec 146 guérisons soit 34 0/0.

MAUBRAC.

Beitrag zur Erklaerung des Herztodes nach Extirpation des Larynx (Mort par le cœur après ablation du larynx), par GROSSMANN (*Wiener med. Presse*, 30 *octobre* 1892).

L'auteur rappelle qu'à la suite de l'extirpation du larynx, on voit souvent survenir, dans les conditions les plus régulières de cicatrisation de la plaie, des accidents mortels dus à des troubles circulatoires, accélération des impulsions cardiaques ou ralentissement graduel. Plusieurs cas de mort ont été attribués au choc, au collapsus, qui étaient dus à cette cause.

G. a institué une série d'expériences pour contrôler cette hypothèse et il conclut que les modifications de la circulation sont dues à l'irritation des bouts centraux des nerfs laryngés supérieurs restés à découvert dans la plaie. Il se produit une névrite directe et l'irritation provoque une augmentation de la tension dans le ventricule gauche par suite de l'augmentation de la résistance dans le système artériel, d'où une insuffisance du ventricule et ses conséquences graves. CART.

Due casi di estirpazione del laringe, par A. TOTI (*Sperimentale*, *XLVI*, 5 *et* 6).

L'auteur montre par deux opérations l'importance d'un diagnostic précis dès le début et d'une intervention précoce pour assurer le bénéfice de la guérison radicale.

Le premier cas a trait à une femme de 66 ans, robuste, présentant une tumeur du larynx. Ablation; on constate qu'il s'agit de papillome. Récidive rapide sur la face inférieure de la corde; l'examen d'un fragment montre du carcinome. Trachéotomie et hémilaryngectomie en une seule séance. Guérison parfaite qui ne s'était pas démentie dix-huit mois plus tard.

La deuxième malade, femme de 45 ans, atteinte d'épithélioma laryngé, avec goître assez volumineux. Trachéotomie préventive. Quinze jours après laryngectomie totale, en conservant cependant l'épiglotte et la moitié infé-

rieure du cricoïde. Mort le deuxième jour de paralysie cardiaque, après vingt-quatre heures de tachycardie survenue un peu après l'opération.

T. discute, en terminant, la pathogénie de ces accidents. A. CARTAZ.

Laryngo-rhinologische Mittheilungen, par M. HAJEK (*Intern. klin. Rundschau*, 31 *juil. et suiv.*, 1892).

Observations de faits rares recueillis à la clinique de Schnitzler.

1° Chez un enfant de 12 ans, tumeur de 2 centimètres et demi de longueur, à la base de la langue, recouverte de papilles fungiformes. Extirpation. A l'examen microscopique, on reconnaît tous les caractères du tissu lingual ;

2° Tuberculose de la langue avec nodules tuberculeux à la partie antérieure ;

3° Tuberculose des gencives ;

4° Sarcome du voile du palais chez un homme de 54 ans ;

5° 4 cas de malformation congénitale du voile et de la voûte palatine, non syphilitique ;

6° 4 cas d'amygdales surnuméraires ;

7° Ulcères scrofuleux du pharynx guéris par l'acide lactique ;

8° 5 cas d'adhérences totales du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. Hajek opéra les 5 cas : dans 2 où l'adhérence était simple, sans brides cicatricielles, le résultat fut parfait et se maintenait bon trois ans après ;

9° Tuberculose nasale et ulcère perforant de la cloison, plusieurs cas.

A. C.

Le brightisme auriculaire, par BONNIER (*Bull. Soc. de laryng. de Paris*, 3 *juin* 1892).

Bonnier publie cinq observations de vertige de Ménière, apparu dans le cours d'une maladie de Bright, quelquefois comme symptôme initial. Le caractère paroxystique des phénomènes vertigineux dépend généralement des congestions, des crises neuro-vasculaires sous la dépendance de l'urémie, des œdèmes, exsudations ou épanchements hémorragiques. Il existe en dehors des phénomènes de compression intra-labyrinthique, des phénomènes de compression des rameaux nerveux liés à ces œdèmes ou hémorragies. A. C.

Compressed air and sprays in diseases of the nose, throat and ear, par S. Scott BISHOP (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 22 *octobre* 1892).

Bishop montre qu'avec les douches d'air par le ballon de Politzer, la pression est souvent insuffisante : il faut employer l'air comprimé, mais avec une graduation méthodique, mesurée au manomètre. On obtient par ce moyen des résultats bien supérieurs à ceux des méthodes de Valsalva ou Politzer, ou avec le cathétérisme. A. C.

Du traumatisme dans l'étiologie des affections de l'appareil auditif, par CHAUVEL (*Bull. acad. méd.*, 27 *septembre* 1892).

Sur 1,470 observations d'affections de l'oreille, Chauvel a relevé 108 fois le traumatisme comme la cause productrice des maladies de

l'appareil auditif ; tantôt il agit indirectement par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, tantôt directement par l'ébranlement des tissus mous et des os du crâne. Au point de vue de la nature des affections, l'auteur a relevé 1 hématome du pavillon ; 4 ruptures du tympan ; 74 otites moyennes suppurées ; 52 otites moyennes sèches, scléreuses ; 37 surdités et otites internes ; 5 bruits subjectifs.

Si l'on examine les effets de chaque genre de traumatisme on note qu'à la suite des traumatismes indirects (tir du canon, du fusil, jet de lance, sifflet, explosion), c'est l'otite purulente qui, de beaucoup, est la plus commune.

Dans les traumatismes directs (coups et chutes sur la tête), l'otite scléreuse et la surdité nerveuse se montrent avec une fréquence presque égale à celle de l'otite purulente. OZENNE.

Sopra un caso di pericondrite sierosa simmetrica dei due padiglioni dell' orecchio, par G. GRADENIGO (*Arch. ital. di otol., I*, 1).

Les épanchements séreux du pavillon peuvent résulter de la résolution d'othématomes ou d'abcès; ils peuvent être primitifs. G. rappelle les diverses observations de ce genre et relate le fait d'une double périchondrite survenue aux deux oreilles, à quelques semaines de distance, chez un homme de 36 ans en parfait état de santé. Le liquide retiré par la ponction était du sérum pur et l'absence de poche ne permet pas de penser à un kyste. Chez ce malade, aucune cause étiologique à invoquer.

G. pense qu'il s'agit là peut-être de troubles trophiques. Il rappelle qu'Urbanstschitsch a publié (*Sordomuto*, sept. 1890) un cas de gangrène spontané symétrique du tiers supérieur des deux pavillons chez un homme robuste et bien portant. A. CARTAZ.

Septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée, par CHAUVEL (*Bulletin de la Soc. de chirurgie, t. XVIII, p.* 474).

Dans un travail d'ensemble sur les affections de l'oreille observées au Val-de-Grâce de 1880 à 1890, Chauvel a relevé sur 1,137 otites moyennes purulentes : 1 méningite suppurée, 2 abcès du cerveau, 2 phlébites des sinus et de la jugulaire interne, 5 septicémies ou septico-pyohémies, 2 érysipèles et 3 arthrites de nature probablement infectieuse soit en tout 16 infections septiques, plus de 1,3 pour 100.

Chauvel rapporte les 5 observations de septicémie avec 2 morts et 3 guérisons.

La longue durée des accidents qui, chez tous ces malades, se sont prolongés pendant plusieurs mois, semble indiquer que l'élimination du poison septique ne se fait qu'avec une grande lenteur.

La théorie des abcès de fixation soutenue par Fochier ne semble pas trouver appui dans ces observations. La formation des abcès s'est toujours accompagnée d'un redoublement de fièvre, leur ouverture a toujours été suivie d'une détente. Les inflammations locales ont paru réagir d'une façon pernicieuse sur l'état général. C. WALTHER.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1892.

A

Abcès. — Des manifestations tardives de l'infection par les staphylocoques, abcès froids et fongosités, par Walther. (*Soc. anat. Paris*, p. 692, novembre.) — Des abcès sous-pectoraux, par Lejars. (*Semaine méd.*, 7 décembre.)

Abdomen. — Délimitation des régions de l'abdomen, par Cunningham. (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, par Le Dentu. (*France méd.*, 51, p. 801.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, perforations intestinales nécessitant la résection de deux anses, plaies de la vessie, suture, mort le cinquième jour, par Le Dentu. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 814.) — Série de plaies pénétrantes de l'abdomen, par Markoe. (*N. York med. journ.*, 17 décembre.) — Plaie pénétrante du ventre par balle de pistolet Flobert de six millimètres. Laparotomie tardive. Mort, par Houzel. (*Union médicale*, 15 décembre.) — Deux cas de laparotomie pour traumatismes rares. Plaie pénétrante de l'abdomen par morsure de porc, avec issue d'épiploon; guérison. Rupture de l'intestin avec intégrité de la paroi, mort vingt-six heures après la laparotomie, par G. Gongitano. (*Riforma medica*, 7 novembre.) — Six cas de plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par la laparotomie, par G. Sodo. (*Ibid.*, 23 décembre.) — Un cas d'opération radicale du canal omphalo-mésentérique persistant, par Alsberg. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1040.) — Opération radicale d'un canal omphalo-mésentérique persistant, par H. Kehr. (*Ibid.*, 51, p. 1166.)

Accouchement. — Arrêté du ministère prussien des affaires médicales relatif à l'adoption de la nouvelle édition du manuel officiel pour sages-femmes. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 698, 19 septembre.) — Trois cas de paralysie du nerf péronier à la suite d'accouchements difficiles, par Huenermann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 960, 19 septembre.) — Des lésions du col de l'utérus dans les accouchements, par Alin. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 34.) — Accouchement inconscient, par Albert Le Blond. (*Ann. d'hyg. publiq.*, décembre.) — Psychose dans le premier accouchement, diabète temporaire dans le second, par Max Flesch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Mort subite au début de l'accouchement après vomissements incoercibles de la grossesse et néphrite; embolie des artères pulmonaires, par O. Israel et Leyden. (*Ibid.*, 24 octobre.) — Rupture de la matrice pendant l'accouchement, par Rapin. (*Revue médic. Suisse romande*,

novembre.) — Sur le liquide amniotique vert considéré comme signe de souffrance chez l'enfant, par Me MOCHEKOFF. (*Thèse de Lille.*) — Dystocie due au volume du fœtus, par FAUCON. (*Cong. de gynéc. Bruxelles* et *Bulletin méd.*, 28 septembre.) — Dystocie fœtale causée par une ascite abdominale, par P. PARISOT. (*Revue méd. de l'Est*, 22, p. 725.) — De la conduite à tenir chez une femme en travail quand le fœtus est mort, l'œuf ouvert et la dilatation incomplète, par PINARD. (*Bull. méd.*, 7 décembre.) — Tête venant la dernière, l'occiput tourné en arrière, par RÉMY. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Anémie extrême et néphrite puerpérale, forceps à terme, guérison de la mère, enfant vivant, par SLOCUM. (*Med. News*, 10 décembre.) — Contribution à l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis, par M. BOURCART. (*Thèse Genève* et *Revue médic. Suisse romande*, XII, 660.) — Le forceps à traction axiale, par CULLINGWORTH. (*Lancet*, 10 décembre.) — Placenta prœvia central, par NOER. (*Med. News,* 17 décembre.) — L'étroitesse de la cavité utérine comme cause d'accouchement prématuré, par HENNIG. (*Wien. med. Wochenschr.*, 35.) — L'accouchement forcé pendant l'agonie, par R. VITANZA. (*Riforma medica*, 13 décembre.) — Étiologie et traitement de la fausse couche et de l'accouchement prématuré, par STUMPF. (*München. med. Woch.,* 43 et 44, p. 758 et 780.) — De l'accouchement prématuré artificiel, par CARETTE. (*Thèse de Lille.*) — Technique de la perforation de la tête dernière, par DÜHRSSEN. (*Deutsche med. Woch.*, 36, p. 803.) — Des hémorragies de la délivrance par inertie utérine et de leur traitement, par AUVARD et TOUVENAINT. (*La médecine moderne,* 28 décembre.) — Traitement chirurgical du travail arrêté par la rigidité du col, par DAVIS. (*Med. News*, 10 décembre.) — Emploi de l'ergot dans la deuxième période du travail, par SMITH. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Une indication rare de craniotomie, par KŒTTNITZ. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1012.) — La symphyséotomie, par R. SCHAEFFER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 novembre.) — Deux symphyséotomies, par TÖRNGREN. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 décembre, et *Arch. de tocol.*, décembre.) — De la symphyséotomie, par GOTCHAUX. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — Symphyséotomie, succès pour la mère et l'enfant, par VON VELITS. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 octobre.) — De la symphyséotomie, par BIERMER. (*Ibid.*, 24 décembre.)

Acromégalie. — Sur un cas d'acromégalie chez une enfant de quatorze mois, compliquée de microcéphalie, par MONCORVO. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — Un cas d'acromégalie, par BARCLAY et SYMMERS. (*Brit. med. j.*, 3 décembre.) — Deux observations d'acromégalie, par ROTH. (*Med. Obosren.*, XXXVIII, 18.) — Un cas d'acromégalie, par GAUSE. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 891.)

Actinomycose. — De l'actinomycose, par BÈGUE. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — Actinomycose généralisée, par NASSE et J. ISRAEL. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 1259, 5 décembre.) — Actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants. Généralisation pulmonaire, par PONCET. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 21 décembre.)

Aérothérapie. — Études d'aérothérapie, par WALLIAN. (*N. York med. journ.*, 26 novembre.)

Albuminurie. — Note sur la reconnaissance de petites doses d'albumine dans l'urine et de l'existence de la soi-disant albuminurie physiologique, par MILLARD. (*N. York med. journ.*, 24 décembre.) — Sur l'action physiologique de la propeptone et de la peptone, par GROSJEAN. (*Arch. de*

biol., XII, 3.) — Importance pour l'intervention opératoire de l'albuminurie rénale associée à certaines tumeurs abdominales, par E. Kummer. (*Rev. médic. Suisse romande*, décembre.) — Œdèmes intermittents, périodiques et cycliques des extrémités et du scrotum, se reproduisant depuis quinze ans chez un névropathe actuellement albuminurique, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 novembre.) — Contribution à l'étude de l'albuminurie dite des adolescents, son origine arthritique, par C. Lelion. (*La médecine moderne,* 17 décembre.) — De l'albumosurie et de la peptonurie, par Senz. (*Thèse de Berlin.*) — Les relations de l'albuminurie avec la sécrétion excessive d'acide urique et l'oxalurie, par Dacosta. (*Boston med. Journal,* 22 décembre.) — Albuminurie liée à un kyste de l'ovaire et disparaissant après l'extraction de la tumeur, par Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 766, novembre.) — Les sels de strontium, leur emploi clinique dans le traitement des albuminuries, par Maffre. (*Thèse de Lyon.*)

Alcoolisme. — Action de l'alcool sur le système nerveux, ses symptômes toxiques, par Robertson. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — De la formation d'aldéhydes dans la fermentation alcoolique, par Rœser. (*Ann. Inst. Pasteur,* VII, 1.) — La question de l'alcool, par Fick. (*Wurtzbourg.*) — L'alcool et l'alcoolisme, par Pieraccini. (*Milan.*) — L'alcool et la santé publique, par Ridge. (In-8°, *Londres.*) — L'alcoolisme, par Zerboglio. (*Florence.*) — L'alcoolisme et son traitement, par Usher. (*Londres.*) — La responsabilité équitable de l'ivresse, par Wright. (*Journ. of nerv. dis.*, décembre.) — Mortalité alcoolique en 1891 des quinze principales localités suisses. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 424, 1er juillet.) — Étude de la névrite alcoolique multiple, par Reunert. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 4, p. 213.)

Aliénation. — La pathologie mentale, par Ballet. (*Rev. scientif.*, 31 décembre.) — Manuel des maladies mentales, par Shaw. (*New York.*) — Législation des aliénés, par Forel. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — L'émancipation des aliénés et l'acceptation dans les maisons d'aliénés, par E. Mendel. (*Deutsche med. Woch.*, 36, p. 801.) — Chirurgie et aliénation, par Shaw. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 55.) — Le département de la Loire et ses aliénés, par Chavanis. (In-8°, 30 p., *Saint-Étienne.*) — Le champ visuel chez les aliénés et son rapport avec les autres sensibilités, par L. Roncoroni. (*Giorn. R. Accad. di medic. Torino*, août, p. 795.) — Recherches périoptométriques sur les dégénérés, par S. de Sanctis. (*Riforma medica*, 17 décembre.) — De l'hypothermie chez les aliénés, par Bouchacourt. (*Thèse de Lyon.*) — Étude sur la paranoia périodique, par Kausch. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 3.) — Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés, par Hamel. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — De l'onomatomanie, par Charcot et Magnan. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Le délire de persécution à évolution systématique, par Ballet. (*Progrès médical,* 19 novembre.) — Contribution à l'étude médico-légale de la folie à double forme, par E. Marandon de Montyel. (*Ann. d'hyg. publ.*, décembre.) — Le sulfate neutre de duboisine chez les aliénés, par S. Mazzocchi et G. Antonini. (*Riforma medica*, 15 novembre.) — Note sur le trional et le tétronal dans la pratique psychiadrique, par Samuel Garnier. (*Progrès médical*, 3 décembre.)

Aliment. — Les intoxications alimentaires, par Potain. (*Union médicale*, 27 octobre.) — Erreurs possibles dans l'évaluation du bilan alimentaire,

par A. Delcourt. (*Mouvement hygiénique*, VIII, 254 et 303.) — De l'alimentation avec les peptones, par O. Deiters. (*Thèse de Berlin* et *Hyg. Rundsch.*, II, 638.)

Allaitement. — Conférence sur l'hygiène de l'allaitement, par P. Budin. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVIII, 5 juillet.) — Considérations pratiques sur l'augmentation de la sécrétion lactée chez les mères, les nourrices et les animaux inférieurs producteurs de lait, par Harkin. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — De l'allaitement artificiel et de l'emploi du lait stérilisé, par Chavane. (*Semaine méd.*, 24 décembre.) — De la préparation au sevrage, nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement, par Plateau. (*Ann. polyclin. Paris*, mai.)

Amygdale. — Du traitement médical de l'amygdalite et de la pharyngite aiguës, par James. (*Rev. med. quir. La Havane*, octobre.) — Nouveau procédé d'hémostase après l'amygdalotomie, par Dawbarn. (*N. York med. record*, 17 décembre.) — De l'hypertrophie des amygdales et de son traitement par la cautérisation ignée, par Lallemant. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause des attaques d'asthme, par Roquer y Casadesus. (*Revista de laring.*, octobre.) — Rapports pathologiques de l'amygdale linguale avec l'angine épiglottique et la glossite aiguë, par J. Gurovitsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Sur les réflexes produits par l'amygdale linguale hypertrophiée, par Roquer y Casadesus. (*Revista de laryng.*, XII, 5.) — Un cas de papillome multiple de l'amygdale, de la langue et de l'épiglotte, par Lange. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 4, p. 463.) — Sarcome de l'amygdale, par O'Hara. (*Austral. med. journ.*, 8.) — Sarcome de l'amygdale, par Weeks. (*Transact. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 173.) — Cas anormal de sarcome multiple de la peau et de lymphosarcome de l'amygdale, par Sedziak. (*Monats. f. Ohrenh.*, 9.) — Tumeur maligne de l'amygdale, par Milligan. (*Brit. laryng. Assoc.*, 9 décembre.) — Épithéliome de l'amygdale gauche, par Marano. (*Soc. ital. di laring.*, 27 octobre.) — Cancer de l'amygdale traité par l'acide lactique, par Ingals. (*N. York med. journ.*, 10 décembre.)

Anatomie. — Canon des proportions du corps humain, par Richer. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 5.) — Traité d'anatomie humaine publié sous la direction de Poirier. (In-8°, 530 p., 1er vol., Paris.) — L'enseignement de l'anatomie en Angleterre, par Kollmann. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Technique de l'examen histologique des préparations d'anatomie pathologique, par von Kahlden. (*Iéna.*) — Reproduction plastique de préparations anatomo-pathologiques, par Berliner. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1094.)

Anémie. — L'anémie hémorragique, par Potain. (*Union médicale*, 15 décembre.) — Anémie et mélancolie chez les jeunes filles, étude de clinique et de thérapeutique mentale, par Viallon. (*Thèse de Lyon.*) — Des affections spinales dans le cours de l'anémie pernicieuse, par Minnich. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.)

Anesthésie. — Enquête statistique sur les anesthésiques, par Gurlt (chloroforme, 93,123 avec 36 morts; éther, 8,431 avec 1 mort; éther et chloroforme, 2,891 avec 1 mort; éther et alcool, 1,381 sans mort; bromure d'éthyle, 2,151 sans mort; pental, 219 avec 1 mort). (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 763, 25 juillet.) — Sur le chloroforme purifié du professeur

Pictet, par René du Bois-Reymond. (*Archiv für Physiologie*, p. 158.) — Note sur le chloroforme, par Morley. (*N. York med. journ.*, 17 décembre.) — Du sommeil chloroformique, par Gisevius. (*Deutsche med. Woch.*, 30 juin.) — Sur le traitement de la syncope chloroformique, par Bobroff. (*Wiener med. Presse*, 25 décembre.) — Un cas de syncope pendant l'éthérisation, par Bradford. (*Boston med. journal*, 22 décembre.) — Le bromure d'éthyle comme anesthésique. (*Med. News*, 10 décembre, p. 667.) — Courbes sphygmographiques pendant et après l'anesthésie avec le bromure d'éthyle, par Haffter. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par Ginsburg. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Nouveau procédé d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et par le chloroforme, par Terrier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 626.) — L'action comparée de l'éther de Bertoni, du nitrite d'amyle et du nitrite isobutyle, par Lauder Brunton et Bokenham. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 281.) — De l'anesthésie par le pental, par Breuer et Lindner. (*Vienne.*) — Sur un nouvel anesthésique, le pental, par A. Haegler. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 577, 15 septembre.) — Du pental comme anesthésique, par Kleindienst. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 333.) — Forme spéciale de paresthésie des membres, par Léopold Laquer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 761, 25 juillet.) — Autre cas d'anesthésie due à une lésion du gyrus fornicatus, par Savill. (*Brain*, 59 et 60, p. 448.)

Anévrisme. — Anévrismes de la pointe du cœur, adhérence péricardique de la pointe, coronaires intactes, néphrite, mort par urémie, par Bureau. (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.) — La matité du sommet pulmonaire gauche, signe d'anévrisme aortique, par F. Lehmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 758, 25 juillet.) — Rupture dans le duodénum d'un anévrisme de l'aorte abdominale, par Brannan. (*N. York path. Soc.*, 28 décembre.) — Anévrisme aortique chez un sujet syphilitique, par Musmeci. (*Rivista clinica e terapeutica*, 10, p. 591.) — Volumineux anévrisme aortique, par Shadd. (*Med. News*, 3 décembre.) — Rapports entre l'anévrisme thoracique et les hémoptysies, par P. Hampeln. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Du traitement des anévrismes de l'aorte par les iodures alcalins, par Sabatier. (*Thèse de Lyon.*) — Anévrisme inguinal, ligature de l'iliaque externe, par Makins. (*Lancet*, 10 décembre.) — Sur les anévrismes diffus compliquant les fractures de jambe, par Mourret. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Deux cas d'extirpation d'anévrismes (tibial antérieur et poplité), par Heintze. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.)

Angine. — Quelques cas d'angine membraneuse, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 24 décembre.) — Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet, par Troisier et Achalme. (*Arch. de méd. exp.*, V, 1.)

Angiome. — Volumineux angiome caverneux englobant toute l'oreille, dissection, résection et ligature des artères afférentes, par Matas. (*Med. News*, 24 décembre.) — Volumineux angiome de la lèvre, électrolyse mono et bipolaire, guérison persistant vingt mois après, par Bergonié. (*Arch. d'électricité méd.*, I, 1.)

Anomalies. — Inversion générale des organes splanchniques, par Tolédano. (*Soc. anat. Paris*, p. 720, novembre.) — Anomalies musculaires, vasculaires et nerveuses sur le même sujet, par Princeteau. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 février.)

Anthrax. — Le traitement de l'anthrax dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 24 décembre.) — Sur le traitement de l'anthrax par l'huile phéniquée, par Hallopeau. (*France méd.*, 49, p. 769.)

Antisepsie. — Nouveau stériliseur pour aseptiser simultanément l'eau, les instruments et les pansements, par Thornbury. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — L'antisepsie dans la chirurgie de campagne, par G. Filippi. (*Il Morgagni*, novembre.) — Abus de l'antisepsie intestinale, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 28 décembre.) — L'alumnol, nouvel antiseptique astringent, par R. Heinz et A. Liebrecht. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 novembre.) — Le chloro-borite de soude comme antiseptique, par Joseph Büller. (*Munich.*)

Anus. — Fissure syphilitique ou non de l'anus et du rectum, par Goodsall. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 205.) — Du traitement des fistules à l'anus par l'excision et la suture, par Legras. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.)

Aorte. — Maladies de l'aorte et du système artériel dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire, par Kortz. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Anomalies de l'aorte, par Oddo. (*Marseille médical*, 22, p. 735.) — Rétrécissement aortique causé par des ganglions hypertrophiés, par Witthauer. (*Deutsche med. Woch.*, 35, p. 788.)

Appareils. — Appareil d'injection perfectionné, par Middlemas. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 3.) — Sur quelques perfectionnements apportés aux appareils de contention, par Malassez. (*Arch. de méd. exp.*, V, 1.)

Artère. — Sur le rapport de l'artère hépatique, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 10 décembre.) — De l'artérite oblitérante vasculaire et des névrites d'origine vasculaire, par Dutil et Lamy. (*Arch. de méd. exp.*, V, 1.) — Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire avec déformation des phalanges en massue, hydrocéphalie et dystrophie musculaire progressive chez un garçon de onze ans, par Asch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet. — Blessure de l'artère sous-clavière par instrument piquant, par E. Hahn. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1316, 19 décembre.) — Mort subite par rupture de l'artère iliaque interne, par Ewan. (*Lancet*, 3 décembre.) — Ligature de l'artère fémorale pour plaie par instrument piquant, par P. Wiesmann. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.)

Articulation. — Lésions internes des articulations, corps mobiles, etc., par Tuttle. (*N. York med. journ.*, 3 décembre.) — Arthrogrypose, par Mugdan. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Première articulation costo-vertébrale, par Macalister. (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — De la marche et de la terminaison des affections tuberculeuses du coude, par Kosima. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 65.) — Traitement des tumeurs blanches par les injections sous-cutanées de phosphate de cuivre, par de Saint-Germain et Luton. (*Semaine méd.*, 21 décembre.) — Sur le traitement des tumeurs blanches par la méthode sclérogène, par Desguin. (*Bull. Soc. de méd. d'Anvers*, septembre.) — Traitement préventif de l'ankylose blennorragique par l'arthrotomie précoce, par Thiéry. (*Soc. anat. Paris*, p. 712, 25 novembre.) — De l'arthrodèse, par Cochon. (*Thèse de Lille.*) — Arthrodèse du genou pour une articulation ballante, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 725.) — Pseudarthrose flottante de la hanche

après guérison de la coxotuberculose de forme grave, par Ménard. (*Rev. d'orthop.*, 1er novembre.)

Asthme. — De la coexistence de l'asthme et de la tuberculose pulmonaire, par Paul Jacobsohn. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Traitement de la fièvre des foins par le phénate de cocaïne, par Braden Kyle. (*Med. News*, 17 décembre.)

Athétose. — Hémiathétose primaire, par Combe. (*Revue médic. Suisse romande,* octobre.)

Autoplastie. — Deux cas d'anaplastie après ablation de cancer de la face, par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1287, 12 décembre.)

Avortement. — Étude sur 530 cas d'avortement, par Brion. (*Thèse de Paris,* 21 décembre.)

B

Bactériologie. — Manuel de bactériologie, par Sternberg. (*New York.*) — De l'improvisation du matériel nécessaire aux travaux bactériologiques, par E. von Esmarch. (*Hyg. Rundsch*, II, p. 653.) — Procédé simple de culture sur plaque des anaérobies, par L. Kamen. (*Centralbl. f. Bakt.*, XII, 9, p. 296.) — Contribution à la technique de la culture des microbes anaérobies, par A.-H.-C. Van Senus. (*Ibid.*, XII, 4-5, p. 144.) — Isolation d'un ferment lab dans les cultures microbiennes, par H.-W. Conn. (*Ibid.*, XII, 7-8, p. 223.) — Stérilisation par le froid des milieux de culture albumineux, par Reinsch. (*Ibid.*, XII, 1, p. 30.) — Méthode de recherche des micro-organismes qui ne se colorent pas par le procédé de Gram, par Nicolle. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 11.) — Influence des courants constants sur le développement et la virulence des bactéries, par Kruger. (*Zeit. f. klin. Med.,* XXII, 1 et 2.) — Expériences sur l'issue des bactéries avec leurs sécrétions, par Sherrington. (*Journ. of. path. and bacter*, I, 3.) — Sur le rapport qui existe entre la quantité de glucose contenue dans le bouillon, avec le pouvoir de fermentation de certaines bactéries, par Pane. (*Riv. clinica e terap.*, 10, p. 577.) — Séparation des micro-organismes par la force centrifuge, par Lezé. (*Acad. des sc.*, 26 déc.) — De l'issue des bactéries normales de l'organisme hors des cavités naturelles pendant la vie, par Wurtz. (*Soc. de biol.*, 17 déc.) — Diffusion des microbes dans l'organisme, par Charrin. (*Ibid.*) — Sur quelques différences dans l'action physiologique des produits du bacille pyocyanique, par Charrin et Gley. (*Ibid.*, 26 nov.) — Sur la fonction fluorescigène des microbes, par Gessard. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 12.) — Les poisons bactériens, revue des travaux chimiques sur les produits des bactéries, par Simon. (*Pharm. revue Baltimore*, p. 31.) — De la virulence relative des micro-organismes pyogènes des plaies guéries par première intention, par Konrad Buedinger. (*Wiener klin. Wochen.*, 1892 et *Hyg. Rundsch*, II, 756.) — Nouveau bacille virgule trouvé dans l'eau, par C. Gunther. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1124.) — Étude sur la virulence des streptocoques, par de Marbaix. (*La Cellule*, VIII, 2.) — Étude sur le principe toxique du bacillus lactis aérogènes, par Denys et Brion. (*Ibid.*) — De la production de matière colorante par le

pneumocoque, par Fawitzky. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 4, p. 151.) — Contribution à l'étude du vibrion avicide, par Bruhl. (*Arch. de méd. expér.*, V, 1.) — Quelques recherches sur l'action du staphylocoque pyogène doré chez le lapin, par Bella. (*Riv. clin. e terapeutica*, 8, p. 463.) — Sur un microcoque doué de mouvements propres. Le micrococcus agilis citreus, par Menge. (*Centralbl. f. Bakter.*, XII, 2-3, p. 49.) — Les souris des champs en Thessalie. Leur destruction au moyen du bacille du typhus des souris, par F. Lœffler. (*Ibid.*, XII, 1, p. 1.) — Méthode d'épreuve des appareils de filtration tels que les bougies Chamberland, par Giltay et Aberson. (*Ibid.*, XII, 2-3, p. 92.) — Contribution à l'étude des micro-organismes des huîtres, recherches expérimentales, par F. d'Allessandro. (*Rivista intern. d'igiene*, 4, 5 et 6.) — Recherches expérimentales et histologiques sur les effets des injections de cultures stériles du staphylococcus pyogenes aureus, par Gianturco et G. d'Urso. (*Giorn. Assoc. Napolit. di med.*, 2e année, 4, p. 369.) — Sur les différents types de bacilles urinaires appartenant au groupe du bactérium coli, par Achard et Renault. (*Soc. de biol.*, 17 déc.) — Le bacterium coli commune, par Chéron. (*Union médicale*, 8 novembre.) — Bacille produisant des gaz (bac. aérogenes capsulatus) pouvant se développer rapidement dans le sang après la mort, par Welch et Nuttall. (*Bull. John hopkins hosp.*, 24, p. 85.)

Bain. — Les nouveaux bains de boues sulfureuses aux eaux de Neundorf, par Ohlemann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Les bains et lieux de cure climatique de la Suisse, par Gsell-Fells. (*Zurich.*) — Les bains salés à Rheinfelden ; action physiologique et thérapeutique des eaux salées en général, par Hermann Keller. (*Aarau.*) — Les bains-douches de l'école de la rue Adolphe, à Altona, par B. Stahl. (*Hyg. Rundsch.*, II, 721.) Bains-douches des écoles de Munich, par W. Beielstein. (*Hyg. Rundsch.*, II, 812.)

Bassin. — Des bassins de naine, par Boeckh. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) Cas clinique de déformation grave du bassin par fracture, par B. Barbieri. (*Riforma medica*, 6 et 7 décembre.) — Fistule recto-urétrale à la suite d'une fracture du bassin, par Deaver. (*Transact. americ. assoc.*, X, p. 241.) — De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes, par Jullien. (*Union médicale*, 15 octobre.).

Biliaire. — Étude bactériologique sur deux cas de suppuration des voies biliaires, par Barbacci. (*Sperimentale*, XLVI, 5 et 6.) — Deux cas d'abcès de la vésicule biliaire, par Moore. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 123.) — Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les oblitérations du canal cholédoque, par Reynier. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 803.) — Affections chirurgicales des voies biliaires, 5 cas, par Porter. (*Med. News*, 3 sept.) — Trois opérations pour lithiase des voies biliaires, par Studsgaard. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 37.) — De la rupture des voies biliaires consécutive aux contusions abdominales, par Routier. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 773.) — Sur une obs. d'entérostomie biliaire, par Reclus. (*Ibid.*, XVIII, p. 755.) — Cas de cholédochotomie, par Studsgaard. (*Ibid.*, XVIII, p. 840.) — Cas de cholécystotomie avec quelques remarques sur la technique opératoire, par Cabot. (*Boston med. Journal*, 8 décembre.) — Deux cas de cholécystotomie, ablation de 130 et 64 calculs, par Berry. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 29.) — Extirpation de la vésicule biliaire, par Helferich. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1020.)

Biologie. — Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques, par Brasse. (*Thèse de Paris,* 26 janv.)

Blennorragie. — Étude des micro-organismes de la blennorragie et de l'orchite blennorragique, par d'Arlhac. (*Thèse de Lyon.*) — Des gonocoques dans le tissu des glandes de Bartholin, par Touton. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — La blennorragie des glandes sébacées du pénis, par K. Touton. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Fréquence de la blennorragie féminine, par Herzfeld. (*Ibid.*) — De l'adénite dans la blennorragie chronique, par Campana. (*Ibid.*, 31 octobre.) — Des affections cardiaques dans la blennorragie, par His. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Endocardite et embolie cérébrale dans le cours d'un rhumatisme blennorragique, par Thomas. (*Med. News*, 17 déc.) — L'infection blennorragique, ses accidents généraux et manifestations à distance, par Patoir. (*Thèse de Lille.*) — Manifestations spinales et névroses dans la blennorragie, par Raynaud. (*Journ. des mal. cut.*, mai.) — De la myélite blennorragique, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.) — Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles, d'origine blennorragique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature. Récidive à la suite d'une nouvelle blennorragie, 2 ans après la guérison de la première maladie, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, IV, 1.) — Des érythèmes blennorragiques, par Fellan. (*Thèse de Bordeaux.*) — Arthrite blennorragique, par Stern. (*Münchener med. Woch.*, 49, p. 872.) — Un cas intéressant d'ophtalmie blennorragique, inoculation par œil artificiel, par Marton. (*Opht. record*, juillet.) — Trois cas d'ophtalmies blennoragiques consécutives à l'inoculation du pus de vulvo-vaginites chez les jeunes enfants, par Morax. (*Progrès médical*, 22 octobre.) — Les irrigations au permanganate de potasse dans l'ophtalmie blennorragique, par Terson. (*Arch. d'opht.*, oct.) — Principes du traitement de la blennorragie, par Neisser. (*Berlin. klin. Wochens*, 31 octobre.) — Traitement de la blennorragie par l'ichthyol, par Jadassohn. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 850.) — Sur le traitement de l'épididymite blennorragique par les injections intraparenchymateuses de solutions antiseptiques (sublimé, acide phénique, iode), par G. Ughetto. (*Il Morgagni,* novembre.) — Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie aiguë de l'homme, par M. Seidl. (*Wien. med. Wochenschr.*, 30.) — Contribution à l'étude et au traitement de la chaude-pisse, par Dind. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 757, novembre.) — Traitement abortif de la blennorragie par les injections de sublimé, par Desnos et Aranda. (*Gaz. méd. Paris,* 23 juillet.) — Sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de l'urétrite blennorragique chez la femme, par Prigent. (*Thèse de Bordeaux.*)

Bouche. — Tuberculose buccale, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Wochens*, 5 décembre.) — Deux cas d'opération plastique de Bardenheuer sur la bouche et le vestibule buccal, par Caponotto. (*Giornale della R. Academia di medicina di Torino*, décembre.)

Bronche. — De la bronchite pseudo-membraneuse chronique, par Dejean (*Thèse de Paris,* 22 déc.) — Un cas de bronchite pseudo-membraneuse. par Duteuil. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er déc.) — Bronchite fibrineuse aiguë, par Rohr. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Asphyxie par ulcération d'une bronche par un ganglion suppuré, par Smith. (*Manchester pathol. Soc.*, 14 déc.)

C

Cancer. — Remarques sur le cancer et les coccidies, par METCHNIKOFF. (*Brit. med. Journ.*, 10 décembre.) — Sur les protozoaires parasites trouvés dans le cancer, par PLIMMER. (*Ibid.*) — Recherches expérimentales sur le cancérisme. Communication préliminaire : inoculabilité du cancer humain à la souris blanche, par FRANCOTTE et DE RECHTER. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 10, p. 999.) — Du prétendu parasite cancéreux, par TŒRŒK. (*Berl. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Contributions à la structure et au développement du cancer, par E. NŒGGERATH. (*Wiesbaden.*) — Des causes de la récidive des cancers, par WINTER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 août.) — Inclusions intracellulaires dans les carcinomes, par RIBBERT. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1046.) — Des métastases cancéreuses, par RIBBERT. (*Corres.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Épithélioma pulmonaire chez une souris, généralisation aux ganglions lymphatiques, transplantation chez le cobaye, par THIROLOIS. (*Soc. anat. Paris*, 18 novembre.) — De l'excrétion des chlorures chez les cancéreux, par LAUDENHEIMER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.) — Traitement des tumeurs malignes par les inoculations répétées d'érysipèle, 10 cas, par COLEY. (*N. York Acad. of med.*, 12 décembre.) — Observations non personnelles, sur le mode d'action de la cancroïne avec remarques, par ADAMKIEWICZ. (*Wien med. Wochenschr.*, 4.)

Cartilage. — Chondrome kystique adhérent à la tête du péroné, par PILLIET. (*Soc. anat.*, 9 décembre, p. 745.) — Chondrome ossifié de la paume de la main, par HARTMANN. (*Ibid.*, novembre, p. 722.)

Cellule. — La théorie des phagocytes, par METCHNIKOFF. (*Bull. méd.*, 22 janv.) Sur la théorie des alexocytes, par METCHNIKOFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 1.) — Phagocytose et éréthine, par KLEBS. (*Wien. med. Wochenschr.*, 31.) — Sur la phagocytose musculaire, par METCHNIKOFF. (*Centralbl. f. Bakt.*, XII, p. 294, 9.) — Le rôle des cellules géantes dans la phagocytose, par FABER. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 3.) — Phagocytes et phagocytose. Un mot de défense contre Metchnikoff, par A. Loos. (*Centralbl. f. Bakter.*, XII, p. 81, 2-3.) — La transformation de la substance fondamentale en cellules, par GRAWITZ. (*Deutsche med. Woch.*, 31, p. 712.) — Des cellules dormantes et de la pathologie cellulaire, par P. GRAWITZ. (*Ibid.*, 36, p. 811.) — Encore les cellules dormantes, par WEIGER. (*Ibid.*, 33, p. 750.) — Cellules dormantes et formation des tissus, par EBERTH. Critique des travaux de Grawitz. (*München. med. Woch.*, 43, p. 758.)

Cerveau. — Contribution à l'histologie de l'hypophyse, par SAINT-RÉMY. (*Arch. de biol.*, XII, 3.) — Hypophyse cérébrale et corps thyroïde, par SCHŒNEMANN. (*Thèse Berne.*) — De la pathologie de l'hypophyse du cerveau, par BOYCE et BEADLES. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 3.) — De la destruction de la glande pituitaire, par VASSALE et SACCHI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 3.) — Des attributs fonctionnels de l'écorce cérébrale, par WALLER. (*Brain*, 59 et 60.) — Influence des positions horizontale et verticale sur les fonctions cérébrales, par J. SICARD. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Du choc nerveux d'origine cérébrale, par ROGER. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Sur les localisa-

tions cérébrales, par Eisenlohr. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.) — Lésion du pont de Varole, étude sur les voies de sensibilité cutanée, par Moeli et Marinesco. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 3.) — Note clinique sur un cas de cécité verbale, par G. Pacetti. (*La Riforma medica*, 27 octobre.) — Essai sur le langage intérieur, par Saint-Paul. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution aux affections du lobe temporal, un cas de surdi-mutité. Un cas de lésion du lobe temporal sans surdité verbale, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Un cas d'amnésie rétrograde, par Baroneini. (*Ibid.*, XVIII, 3 et 4.) — Observation d'hémianopsie homonyme, autopsie, par Dunn. (*Brain*, 59 et 60, p. 452.) — Encéphalite aiguë, par Crocq. (*Union médicale*, 20 octobre.) — De l'encéphalite primitive hémorragique, par Bücklers. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 3.) — Encéphalite aiguë hémorragique, par J. Schmidt. (*Deutsche med. Woch.*, 34, p. 703.) — Un cas d'encéphalite hémorragique aiguë, par Eisenlohr. (*Ibid.*, 47, p. 1065.) — De l'apoplexie séreuse, par Tournier. (*Thèse de Lyon.*) — Gliome dans un cas de ramollissement cérébral, par Gierlch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet.) — Un cas de porencéphalie, par Bouglé. (*Soc. anat. Paris.*, novembre, p. 717.) — Les émissions sanguines dans l'apoplexie cérébrale d'origine cardiaque, par Potain. (*Bull. méd.*, 3 décembre.) — Les tumeurs des tubercules quadrijumeaux, par Lichtheim. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1043.) — Quelques cas intéressants des tumeurs cérébrales, par Dennis. (*Transact. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 183.) — 2 cas de tumeurs cérébrales ne se traduisant que par des symptômes d'apoplexie. (1° Gliome kystique de la région occipitale; 2° cancer), par Kuttner. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 924, 12 septembre.) — Volumineuse tumeur du corps pituitaire, réflexes accrus, pas d'acromégalie ni de glycosurie, par Handford. (*Brain*, 59 et 60, p. 463.) — Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie, par Wills. (*Ibid.*, p. 465.) — Sur un cas de gliome intéressant les tubercules quadrijumeaux, considérations sur la pathologie des éminences bigéminées, par Tissier. (*Ann. de méd.*, 18 janvier.) — Cylindrome du cerveau, par Carter. (*Journ. of path. and bact.*, I, 3.) — Gliome du corps strié, noyau lenticulaire, symptômes de mélancolie, convulsions unilatérales, hyperpyrexie, par Cowan. (*Lancet*, 31 décembre.) — De l'extirpation des tumeurs du cerveau, par von Bramann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Tumeur du lobe frontal gauche. Opération, guérison, par Booth. (*N. York neurol. Soc.*, 6 décembre.) — Tumeur du centre ovale amenant la paralysie du mouvement et du sens musculaire, opération, mort, par Carter Gray. (*Brain*, 59 et 60, p. 443.) — Tumeur cérébrale enlevée deux fois avec succès, par Erb. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 759, 25 juillet.) — Études chirurgicales sur la physiologie du cerveau et de la moelle ; des plaies du cerveau par instruments contondants, par Kocher. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Recherches expérimentales sur la contusion cérébrale, par Deucher. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 81.) — Contribution à la chirurgie cérébrale, par Park. (*Med. News*, 3 décembre.) — Intervention chirurgicale dans les cas d'hémorragie cérébrale non traumatique, par Dennis. (*N. York med. Journ.*, 24 décembre.) — Balle enkystée dans l'hémisphère gauche, abcès enkysté dans l'hémisphère droit, par de Cornière. (*Bull. soc. anat. Paris*, novembre, p. 721.) — Abcès du cerveau consécutif à une pleurésie ancienne, par Chapt. (*Soc. anat.*, décembre, p. 788.)

Cervelet. — Absence presque totale du cervelet, par Fusari. (*Memorie Accad. sc. di Bologna*, série V, tome II.) — Tumeur du cervelet, pertes des réflexes patellaires, par Handford. (*Brain*, 59 et 60, p. 458.)

Césarienne (Op.) — Craniotomie ou opération césarienne, par von Velits.

(*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Opération césarienne. Succès pour la mère et l'enfant, par Winternitz. (*Deutsche med. Woch.*, 39, p. 868.) — Opération césarienne conservatrice, par Buglioni. (*Raccoglitore med.*, 30 août.) — *Idem*, par Bonora. (*Ibid.*, 30 septembre.) — Opération césarienne, incision profonde du col et traitement consécutif dans l'éclampsie, par von Herff. (*München. med. Woch.*, 44, p. 775.) — Prévention de l'hémorragie dans l'opération césarienne, par Cameron. (*Brit. med. j.*, 24 décembre.)

Champignon. — Champignons comestibles, par B. Studer. (*Berne.*) — Sur l'étiologie des cystides, par J. Müller. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXIX, 2.)

Chancre. — Conduite à tenir dans certains cas de bubons. Coexistence du bubon virulent, par Jullien. (*Bull. méd.*, 11 décembre.)

Charbon. — Sur une condition qui fait varier la forme de la bactéridie dans le sang d'animaux morts du charbon, par Phisalix. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.) — La capsule du bacille du charbon, sa genèse et sa transformation, contribution à la morphologie et à la biologie du bacille charbonneux, par Pianese. (*Giorn. dell' Assoc. Napolet. di med.*, p. 95.) — De l'immunité contre le charbon, par A. Lazarus et Th. Weyl. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 novembre.) — Sur deux cas de charbon qui se sont manifestés dans l'arrondissement de Morlaix et qui ont été attribués à l'importation de peaux venant de Chine, par A. Chauveau. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVIII, 130.)

Cheveux. — Terminaisons fourchues des nerfs dans les cheveux, par Hoggan. (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.)

Chimie. — Cours de chimie médico-pharmaceutique, partie inorganique, métalloïdes, par Pollacci. (In-8°, 596 pages. (*Milan.*)

Chirurgie. — La nouvelle clinique chirurgicale particulière du Dr J. Israël, par A. Rosenbaum. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 861, 22 août.) — Sur la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon, par Destot (*Thèse de Lyon.*) — Leçons de clinique chirurgicale professées à Saint-Louis en 1887-88, par Péan. (In-8°, *Paris.*) — Technique chirurgicale, par von Esmarch et E. Kowalzig. (*Kiel et Leipzig.*) — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par Tillaux. (7e édit., *Paris.*) — Rôle des poussières en chirurgie, par C. Haegler. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire, par Albert, traduction revue et annotée, par Broca. (4 vol. in-8°, *Paris*, 1893.)

Choléra. — L'épidémie de choléra en Russie, par Dobrjanski. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre et suiv.) — L'épidémie cholérique dans le gouvernement de Lublin, par S. M. Lukjanow et J. Raum. (*Ibid.*, 24 octobre.) — Les premiers cas de choléra de cette année à Berlin, par Paul Guttmann. (*Ibid.*, p. 911, 5 septembre.) — Le choléra de Hambourg, par Virchow. (*Ibid.*, p. 958, 19 septembre.) — L'épidémie cholérique du Volga, par Martin Hahn. (*Ibid.*, p. 962, 19 septembre.) — Le choléra à Hambourg, par Reincke. (*Ibid.*, 5 septembre.) — L'épidémie de choléra dans une île de l'Elbe, à Wilhelmsburg, par Hans Wolff. (*Ibid.*, 17 octobre.) — L'épidémie cholérique de Stettin en 1892, par Bethe. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1128.) — Du choléra, et en particulier de l'épidémie récente de Hambourg, par V. Pettenkofer, (*Münchener med. Woch.*, 46, p. 807.) —

Contribution à l'épidémiologie du choléra asiatique, par WITTZACK. (*Ibid.*, 52, p. 942.) — Notes sur le choléra de 1892 observé à l'hôpital Necker, par NANU. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Le choléra à Saint-Denis, par LEROY DES BARRES. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 28 décembre.) — Le choléra à l'hôpital Cochin, quelques modes de traitement, par SOTTAS et PATAY. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — Discussion sur le choléra. (*London med. Soc.*, 5 décembre.) — Du choléra, par ROMMELAERE. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 10, p. 900.) — Choléra asiatique, étiologie et pathologie, par ABRAMS. (*Occidental med. Times*, 10.) — Considérations hygiéniques générales sur le choléra, par CLUNESS. (*Ibid.*) — Conclusions sur la marche et l'état actuel du choléra, par DRASCHE. (*Wien. med. Wochenschr.*, 43.) — Diagnostic du choléra, par DU MESNIL. (*Münch. med. Woch.*, 50.) — Les travaux de Galliard sur le choléra à Paris, par R. KUTNER. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1175.) — Mortalité par choléra infantile, et dysenterie à Berlin, Hambourg, Breslau et Munich en 1890, par George MEYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 décembre.) — Marche de l'épidémie russe du choléra de 1892, par SANDER. (*Hyg. Rundsch.*, II, 777.) — L'épidémie de diarrhée cholériforme dans le département de la Seine, par O. DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, septembre.) — L'épidémie parisienne de diarrhée cholériforme, par O. DU MESNIL. (*Ibid.*, décembre.) — Epidémie de diarrhée cholériforme, par JAUGEY. (*Ibid.*, décembre.) — Recherches bactériologiques dans les choléras nostras et asiatique, par Martin KIRCHNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Contribution à la biologie du bacille cholérique, par J. UFFELMANN. (*Ibid.*, 28 novembre.) — L'expérience de Pettenkofer sur lui-même (ingestion des bacilles cholériques), par POSNER. (*Ibid.*, 28 novembre.) — Examen bactériologique des cas de choléra et des cas suspects de Berlin, par CANON, LAZARUS et PIELICKE. (*Ibid.*, 28 novembre.) — L'examen bactériologique de cas cholériformes, par A. KLEIN. (*Wien. med. Wochensch.*, 42.) — Diagnostic bactériologique des microbes du choléra asiatique, par VIQUERAT. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.) — Étude bactériologique du choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine en 1892, par LESAGE et MACAIGNE. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 1.) — Les conditions histologiques et bacillaires de l'intestin des cholériques, par DEYKE. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1048.) — Sur le diagnostic différentiel entre le bacille du choléra asiatique et les bacilles de Metchnikof, Dencke, Finkler, Prior, par PANE. (*Rivista clin. e terapeutica*, 7, p. 385.) — Le bacille virgulé, la science médicale et les médecins, par ROSENBACH. (*Münchener med. Woch.*, 43, p. 761.) — Altérations du sang dans le choléra, par OKLADNYCH. (*Vratch*, 29 octobre.) — Sur le diagnostic différentiel bactériologique du choléra, par BLEISCH. (*Zeit. f. Hyg.*, XIII, 1.) — La biologie du bacille virgule, par E. FRÆNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1047.) — Enzyme formé par le bacille du choléra, par FOKKER. (*Ibid.*, 50, p. 1151.) — La transmission du choléra par les aliments, par KOSSEL. (*Ibid.*, 45, p. 1024.) — Sur la marche du choléra chez les femmes enceintes et l'influence de cette maladie sur la grossesse et l'accouchement, par KLAUTSCH. (*Münchener med. Woch.*, 48, p. 851.) — Sur le choléra chez les femmes, par TIPJAKOW. (*Med. Obozren.*, XXXVIII, 18.) — Anatomie pathologique du choléra, par SIMMONDS. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1172.) — Choléra nostras mortel, par Paul GUTTMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Des altérations anatomo-pathologiques du cerveau dans le choléra, par LUBIMOFF. (*Vratch*, 19 nov.) — Des crampes musculaires dans le choléra et dans d'autres états pathologiques, par BABINSKI. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 décembre.) — De la broncho-pneumonie cholérique, par ABRAMOVITSCH. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — Ulcérations multiples de l'estomac chez un cholérique,

par Galliard. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 18 novembre.) — A propos de l'ictère et des altérations des voies biliaires dans le choléra, par Demmler. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 octobre.) — Le rein cholérique, par Leyden. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1150.) — Des affections rénales dans le choléra asiatique, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — Étude du rein dans le choléra, par Litten. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — Modifications de l'urine chez les cholériques, par G. Hoppe-Seyler et H. Quincke. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Le tout à l'égout et le choléra, par E. Vallin. (*Rev. d'hyg.*, octobre.) — Instructions du ministère prussien sur la prophylaxie et la désinfection dans le choléra. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 941, 12 septembre. — Appareil pour stériliser les déjections des cholériques, par Sangalli. (*Ibid.*, 952, 19 septembre.) — La stérilisation des déjections cholériques à l'hôpital Moabit de Berlin, par H. Merke. (*Ibid.*, p. 953, 19 septembre.) — De l'incinération des déjections cholériques et des débris de cuisine, par Ziem. (*Ibid.*, 14 novembre.) — De l'immunité artificielle contre le choléra asiatique, par Fedorow. (*Med. Obozrenie*, XXXVIII, 18.) — Des nouvelles mesures prophylactiques et thérapeutiques contre le choléra, par H. Leiblinger. (*Wien. med. Wochenschr.*, 46.) — Instructions du conseil supérieur d'hygiène publique de Belgique sur le choléra. (*Mouvement hygiéniq.*, VIII, 322.) — La lutte contre le choléra à Paris, en France et à l'étranger, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publiq.*, octobre.) — La lutte contre le choléra à Berlin, par A. Wernich. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IV, *supplément*, 160, octobre.) — Instruction de la préfecture de police de Berlin, sur la façon de recueillir et d'expédier les organes destinés à être examinés comme suspects de choléra. (*Ibid.*, IV, p. 188, octobre.) — Mesures de prophylaxie contre le choléra, par Aug. Hirsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — Nouvelles recherches sur la vaccination anticholérique de l'homme, par G. Klemperer. (*Ibid.*, 12 décembre.) — L'effet de la spermine sur les fonctions biologiques des bacilles du choléra, par Pœhl. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1128.) — De l'action antitoxique du sérum sanguin des gens guéris du choléra, par A. Lazarus. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Traitement du choléra dans le stade algide (méthode de Giacich, par S. Maylaender. (*Ibid.*, p. 909, 5 septembre.) — Traitement du choléra par les injections sous-cutanées d'opium, par Rosenbach. (*Ibid.*, p. 909, 5 septembre.) — Traitement du choléra par les injections dans le tube digestif d'acide carbonique liquide, par Rosenbach. (*Ibid.*, p. 864, 22 août.) — Traitement du choléra et transfusions, par J. Michael. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1025.) — Le traitement du choléra, par von Ziemssen, (*Münchener med. Woch.*, 41, p. 719.) — Le traitement du choléra à l'hôpital d'Altona, par du Mesnil. (*Ibid.*, 41, p. 722.) — Lavements de tannin dans le choléra, par Dubner. (*Vratch*, 34.) — De la pathologie et du traitement du choléra par la cocaïne, par Kohos. (*Union médicale*, 27 octobre.)

Chlorose. — Sur un cas de phlegmatia alba bilatérale dans la chlorose, par Pic. (*Province méd.*, 19 novembre.)

Chorée. — L'étiologie de la chorée, par Brown. (*N. York neurol. Soc.*, 6 décembre.) — Relation d'un cas de chorée avec longue incubation traité et guéri rapidement par les purgatifs et l'iodure de potassium, par Solles. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 décembre.) — Chorée ; diagnostic des lésions du cœur, par Duroziez. (*Union médicale,* 19 novembre.) — Note pour servir à l'histoire de l'hémichorée essentielle, par Legrain. (*Ann. policlin. Paris*, juin.) — Deux cas de chorée chronique progressive, par Ad. Schmidt.

(*Deutsche med. Woch.*, 25, p. 585.) — Néphrite choréique, par Thomas. (*Berlin. klin. Wochens.*, 760, 25 juillet.)

Choroïde. — Rupture équatoriale de la choroïde avec décollement rétinien, par Campbell. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 187.) — Décollement de la choroïde, par Story. (*Ibid.*, p. 187.) — Rupture de la choroïde et de la rétine à la région de la macula, par Thompson. (*Ibid.*, p. 191.)

Chylurie. — Étude de la chylurie, par Wolff. (*Inaug. diss. Berlin.*)

Circulation. — Procédé pour fixer les courbes sphygmographiques sur du papier enfumé, par Leopold Bleibtren. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 décembre.)

Climat. — Nouvelle contribution à l'étude de la climatothérapie des côtes de France, par Bardet. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.) — Arco et Abazzia, comme stations de cures dans le Midi, par E. Henoch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — Le climat marin et la scrofule dans les îles de la côte bretonne, par Variot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 octobre.) — La station hivernale de Menton, par de Langenhagen. (*Revue méd. de l'Est*, 21 et 22.) — Remarques sur les cures climatériques dans les Alpes, par Hœssli. (*Deutsche med. Woch.*, 35, p. 790.)

Cœur. — L'inexcitabilité périodique de l'oreillette du chien, par Meyer. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Application de la méthode des ampoules conjuguées à l'étude de la pression intra-cardiaque artérielle et veineuse, à la recherche de la force maxima du cœur et à l'examen des effets de la contractilité bronchique, par François-Franck. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Un cas de dextrocardie, par Berwald. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — L'insuffisance du muscle cardiaque, par W. His. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Les affections cardio-vasculaires et leur traitement, par Duclos. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.) — Étude sur la pathologie du cœur, par Hochhaus. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, 1.) — Maladie du cœur ou maladie de l'estomac ? par Kirsch. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 726.) — Les hyperémies cardiaques, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 1er novembre.) — Sur la valeur globulaire dans la cardiopathie, par Haller. (*Thèse de Lyon.*) — Etude anatomo-pathologique des lésions pulmonaires d'origine cardiaque, par Ducellier. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — Congestion passive du poumon par faiblesse cardiaque, par Morison. (*Practitioner*, décembre.) — Un cas d'endocardite chronique, sa bactériologie ; rôle de la grossesse et de l'accouchement dans sa terminaison fatale, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 555.) — A propos d'un cas d'endocardite infectieuse, par Courmont et Leclerc. (*Lyon méd.*, 18 décembre.) — Deux cas d'endocardite maligne, par Cutler. (*Boston med. journal*, 24 novembre.) — Endocardite végétante avec embolies multiples, oblitération complète de l'artère rénale gauche, par Bonneau et Stavaux. (*Soc. anat.* décembre, p. 775.) — Tendon aberrant du cœur diagnostiqué pendant la vie, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 30 décembre.) — La tachycardie paroxystique, par Freyhan. (*Deutsche med. Woch.*, 39.) — Un cas de tachycardie habituelle et paroxystique. Guérison, par Hampeln. (*Ibid.*, 35, p. 787.) — De l'embryocardie dissociée, par Bernard. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Mort subite par rupture du cœur sans épanchement de sang dans le péricarde, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 novembre.) — Péricardite et symphyse, dilatation cardiaque, rétrécissement de l'aorte et

persistance partielle du trou de Botal, par Sottas. (*Soc. anat. Paris*, novembre, p. 710.) — 3 cas de péricardite primitive avec examen bactériologique, par Barbacci. (*Sperimentale*, *mem. orig.*, XLVI, 5 et 6.) — Péricardite purulente à pneumocoques consécutive à la dilatation bronchique et infection secondaire des bronches par le pneumocoque, par Ménétrier et Pineau. (*Soc. anat. Paris*, décembre, p. 769.) — Deux cas de ponction du péricarde, par de Cérenville. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 758, novembre.) — Péricardite tuberculeuse primitive et isolée, par R. Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1315, 19 décembre.) — Traitement diatétique des maladies du cœur, par Hirschfeld. (*Ibid.*, 29 août.) — Injections sous-cutanées de digitale dans les affections cardiaques, par M. K. Zieniec. (*Ibid.*, 3 octobre.) — 2 cas de matité cardiaque diminuant rapidement par application de sangsues, par de Cérenville. (*Rev. médic. Suisse romande*, décembre.) — Du traitement des maladies du cœur par la méthode de Schott, de Manheim, par Moeller. (In-8°, *Bruxelles*.) — Des traumatismes du cœur, par Potain. (*Bull. méd.*, 18 décembre.)

Conjonctive. — Recherches bactériologiques et cliniques sur la conjonctivite catarrhale, par Morax. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Blépharites, conjonctivites, par Chauvel. (*Rev. d'opht.*, août.) — Pemphigus de la conjonctive, par Cross. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 58.) — Tuberculose de la conjonctive et de la cornée, par Dodd. (*Ibid.*, p. 61.) — Tuberculose conjonctivale, par Vignes. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 déc.) — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, par Rogue. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'application des différents traitements de la conjonctivite granuleuse et en particulier du traitement par les scarifications, le curetage et le brassage, par Reygondaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des conjonctivites folliculaires, par Schneller. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 4.) — Papillomes de la conjonctive, par de Grandmont. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — Des kystes séreux de la conjonctivite bulbaire et spécialement de la variété, kystes lymphatiques, par Delecœuillerie. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.)

Coqueluche. — Étiologie de la coqueluche, par Julius Ritter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — Broncho-pneumonie tuberculeuse consécutive à la coqueluche ; emphysème envahissant tout le médiastin antérieur, le cou et le thorax, par Touchard. (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.)

Cornée. — Recherches sur la relation entre la courbure de la sclérotique et celle de la cornée dans le méridien horizontal, par Barbara Burbo. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 2.) — Anses vasculaires marginales de la cornée chez le vivant, par Burchardt. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 novembre.) — La kératite parenchymateuse, par Vossius. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1071.) — Kératite dendritique et herpès de la cornée fébrile, par Emmert. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, décembre.) — Une forme spéciale de kératite infectieuse, par Meyer. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — La kératite filamentaire, par Nuel. (*Arch. d'opht.*, octobre.) — Les facteurs physiques de la cornée conique, par Tweedy. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 67.) — Cornée conique traitée par le galvanocautère, par Critchett. (*Ibid.*, p. 72.) — Kératite interstitielle à la suite d'un chancre de la conjonctive, par Lang. (*Ibid.*, p. 74.) — Kératite interstitielle ponctuée aggravée par l'emploi de la cocaïne, par Bronner. (*Ibid.*) — Kyste épithélial de la cornée, par Collins. (*Ibid.*, p. 64.) — Sur une forme particulière de kératite infectieuse, par Meyer. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 1.) — Traitement du pannus cornéen par l'antipyrine, par Vignes. (*Revue d'opht.*, août.)

Corps étranger. — Corps étranger logé dans le larynx, trachéotomie; six mois après ablation d'un fragment d'os par la plaie de la trachée, par WHARTON. (*Transact. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 231.) — Observation de corps étrangers du pharynx et du larynx, par BRADY. (*Australasian med. Gaz.*, septembre.) — Morceau de verre arrêté à l'entrée des voies digestives et aériennes, par MOURE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 décembre.) — Corps étranger de l'oreille datant de 24 ans sans troubles auditifs, par SPALDING. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3 et 4.) — Ablation d'une pierre de l'oreille, la tête déclive, par Carl SEYDELER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 864, 22 août.) — Corps étranger du globe oculaire, énucléation, par DEHENNE et DAGRON. (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.) — Ablation de corps étrangers du corps vitré par l'électro-aimant, par THEOBALD. (*Maryland med. journ.*, 2 juillet.) — Corps étranger du globe oculaire, irido-choroïdite à végétation, énucléation de l'œil, par DEHENNE. (*Soc. anat.*, décembre, p. 773.) — De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, 1er déc.) — Pierre trouvée dans le médiastin supérieur, par BOUCHER. (*Normandie méd.*, 15 décembre.) — Corps étranger des poumons, par SMYTH. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.) — Corps étrangers du poumon, par DOWNIE. (*Ibid.*, 17 décembre.) — Corps étranger (brin d'herbe) du canal de Sténon, par DESMARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 décembre.) — Corps étranger de l'œsophage, par HECHT. — *Idem*, par WEILE. (*Therap. Monats.*, déc.) — Corps étranger, noyau de pêche, engagé dans le pylore, par VAN GIESON. (*N. York pathol. Soc.*, 23 novembre.) — Expulsion spontanée d'une sonde en gomme, qui s'était cassée dans le canal de l'urètre, par FABRE. (*Gaz. méd. Paris*, 3 décembre.) — Sur les corps étrangers de la vessie, par BRON. (*Lyon méd.*, 11 décembre.) — Tuyau de pipe extrait de la vessie, par ALBERTIN. (*Ibid.*, 27 novembre.)

Crâne. — Tracés de l'artère méningée moyenne dans le crâne de 100 sujets sains et 200 faibles d'esprit, par PELI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Diagnostic et traitement des épanchements sanguins intra-craniens, par LELANDAIS. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Troubles moteurs consécutifs aux traumatismes anciens du crâne et de leur traitement par la trépanation, par FAGUET. (*Thèse de Bordeaux.*) — 30 observations de chirurgie intra-cranienne, par JABOULAY. (*Arch. prov. de chir.*, II, 2.) — Fracture du rocher, contusion du cerveau, par VAUDREMER. (*Soc. anat. Paris*, novembre, p. 705.) — Deux cas remarquables de fracture de la base du crâne, par Hans FLATTER. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IV, *supplément*, p. 29, octobre.) — De la perforation du crâne avec ponction cérébrale diagnostique, par SCHMIDT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — 3 cas de fracture comminutive du crâne traités par relèvement et la réimplantation des fragments sans drainage, par TYTLER. (*Lancet*, 10 décembre.) — Trois cas de fracture du crâne avec symptômes graves, guéris par la trépanation, par ROUX. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, 646.) — Fracture compliquée du pariétal droit; transplantation osseuse; fermeture osseuse du crâne, par F. KAPPER. (*Wien. med. Wochenschr.*, 45.) — De l'intervention tardive dans les fractures du crâne avec enfoncement, par BERGER. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 602.) — De l'occlusion ostéoplastique des ouvertures du crâne, par TIETZE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Trépanation du crâne pour abcès cérébral, guérison, par F. BURRUANO. (*La Riforma medica*, 17 novembre.)

Criminel. — Nécessité de l'examen psychomoral de certains prévenus, par Paul GARNIER. (*Ann. d'hyg. publiq.*, novembre.)

Cristallin. — Observation de malformation du cristallin, par MEYER. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 1.) — Ectopie du cristallin congénitale, bilatérale et symétrique, par BULSON. (*N. Yord med. journ.*, 31 décembre.) — Malformation du cristallin, par MEYER. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — Anatomie fine de la cataracte pyramydale, par COLLINS. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 89.) — Cataracte lamellaire, par SPICER. (*Ibid.*, p. 105.) — Disparition spontanée de la cataracte, par HIGGENS. (*Ibid.*, p. 107.) — Étiologie pronostic et traitement de la cataracte disséminée, par WRAY. (*Ibid.*, p. 109.) — Deux cas de kyste épithélial par implantation dans la chambre antérieure après l'extraction de la cataracte, par COLLINS et CROSS. (*Ibid.*, XII, p. 175.) — Étude clinique et expérimentale sur les opacités cornéennes zonulaires après l'extraction de la cataracte, par HESS. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 4.) — Discussion de la Société des médecins de Zurich sur l'extraction de la cataracte avec ou sans iridectomie. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 410, 1er juillet. — Nouvelle méthode de traitement des luxations complètes du cristallin, par ABADIE. (*Progrès médical*, 8 octobre.)

D

Démographie. — La vie moyenne en France, par TURQUAN. (*Rev. scientif.*, 24 déc.) — La mortalité en général et la léthalité dans les maladies épidémiques en ce qui concerne les grandes villes de Scanie de 1750 à 1885, par NILLSSON. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 27.)

Dent. — Influence des affections des dents plombées sur l'ensemble de l'organisme, par WANGEMANN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XVL, 2.) — Du zézaiement dans ses rapports avec les défauts de dentition, par GUTZMANN. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 814, 8 août.) — De l'émail, par BALLOWITZ. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 899.)

Diabète. — De la glycosurie pancréatique expérimentale et du rôle glycolytique du pancréas, par CHABADA. (*Vratch*, 19 nov.) — Diabète maigre avec intégrité du pancréas, ferment glycolytique et ferments saccharifiants dans le diabète, par R. LÉPINE. (*Lyon méd.*, 25 déc.) — Sur la pathogénie du diabète pancréatique, réfutation d'une hypothèse de Caparelli, par HEDON. (*Soc. de biol.*, 3 déc.) — Le rapport entre la glycosurie et l'acétonurie dans le diabète expérimental par extirpation du pancréas, par D. BALDI. (*Riforma medica*, 4 octobre, p. 15.) — Glycosurie dans l'apoplexie cérébrale par LOEB. (*Prager med. Woch.*, 14 déc.) — De la glycosurie transitoire dans l'apoplexie, par SCHUTZ. (*Ibid.*) — La glycosurie alimentaire, par MAGINELLE. (*Thèse de Lyon.*) — Comment le médecin doit-il procéder dans les cas de glycosurie, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 7 déc.) — Anatomie pathologique du diabète, par SANDMEYER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 318.) — De l'acidité totale des urines dans le diabète, par DERIGNAC. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 28 déc.) — Du diabète traumatique et des névroses traumatiques, par Wilhelm EBSTEIN. (*Berlin. klin. Wochens*, 17 et 24 octobre.) — Le diagnostic du diabète, par HIRSCHFELD. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1058.) — Note sur un liquide recueilli dans un ulcère des membres inférieurs d'un diabétique, par VERGELY. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er déc.) — Du coma diabétique, par ROQUE, DEVIC et HUGOUNENQ.

(*Rev. de méd.*, déc.) — Un cas d'hémiplégie diabétique et d'aphasie, par Redlich. (*Wien. med. Wochenschr.*, 37.) — Un cas de balanoposthite diabétique, par Rosenthal. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 885, 29 août.) — Progrès récents dans la connaissance et le traitement du diabète, par G. Klemperer. (*Berlin. klin. Wochens*, 5 décembre.) — La valeur des aliments hydrocarburés dans le diabète sucré, par H. Leo. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 743.) — Deux cas de diabète guéris par le syzygium jambolanum, par Gerlach. (*St-Petersb. Med. Woch.*, 19.).

Digestion. — De la formation des acides dans la digestion artificielle, par Blum. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.)

Diphtérie. — Étude statistique de la diphtérie à l'hôpital Stéphanie à Budapesth, traitement par le tubage, 291 cas, par Bokai. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 1 et 2.) — La diphtérie à la maison des Enfants malades, par Edmond Martin. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 436.) — La diphtérie à l'hôpital cantonal de Genève, par Hector Maillart. (*Ibid.*, XII, 443, juillet.) — Nouveau procédé de culture du bacille de la diphtérie sur les œufs cuits dur, par Johnston. (*Med. News*, 10 déc.) — Paralysie du voile, suite de rhinite diphtéritique, par Lennox Browne. (*Brit. laryng. Assoc.*, 9 déc.) — Paralysie diphtéritique des muscles ptérygoïdiens externes et des autres muscles masticateurs, par Dundas Grant. (*Ibid.*, 9 déc.) — Anurie dans la diphtérie, par Morrice. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 193.) — Deux cas de croup chronique, par Egidi. (*Arch. ital. di laringol.*, XIII, 1.) — De la diphtérie et son traitement, par Sommer. (In-8°, p. 73, *Vienne.*) — Peroxyde d'hydrogène dans la diphtérie, par Richardson. (*Med. Press. and circular*, 9 nov.) — Traitement du croup par la pilocarpine, par Sziklai. (*Wiener med. Presse*, 18 déc.) — Du tubage dans le croup, par Momidtorski. (*Przeglad Lekarski*, 22.)

Dysenterie. — Trois cas de dysenterie amibique, par Harris. (*Med. News*, 3 déc.) — Dysenterie avec amibes, par Harold. (*Brit. med. j.*, 31 déc.)

E

Eau. — Le service des eaux de Versailles et de Marly, par Maximilien Gavin. (*Revue d'hyg.*, novembre.) — Altération progressive de la Seine, en amont, dans la traversée, et en aval de Paris, par Albert Lévy et Miquel. (*Ibid.*, octobre.) — Discussion de la Société de médecine publique sur la situation de la banlieue de Paris au point de vue de l'eau potable. (*Ibid.*, p. 908, octobre.) — La stérilisation des eaux par la chaleur, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, XIV, 597, juillet.) — Conservation de l'eau de source, par L. L'Hôte. (*Ann. d'hyg. publiq.*, novembre.) — Rapport au comité consultatif d'hygiène sur le projet d'alimentation de la commune de Parthenay en eau stérilisée, par J. Ogier. (*Ibid.*, octobre.) — Alimentation en eau potable. Instruction du comité consultatif d'hygiène pour le prélèvement et l'expédition des échantillons destinés à l'analyse chimique et bactériologique (31 mai 1892), par Gabriel Pouchet. (*Ibid.*, XXVIII, 79, juillet.) — Nouveau procédé d'épuration de l'eau, par Catherine Schipiloff. (*Rev. médic. Suisse romande*, décembre.) — Expériences sur l'emprunt de substances organiques fait à l'eau par les algues, par Bokorny. (*Arch. f. Hyg.*, XIV,

et *Hyg. Rundsch.*, II, 673.) — Sur l'assainissement spontané des cours d'eau (flore de l'Isar en amont et en aval des égouts de Munich), par L. Pfeiffer et L. Eisenlohr. (*Arch. f. Hyg.*, XIV, et *Hyg. Rundsch.*, II, 671.) — La richesse en germes de l'eau de la conduite de l'Université de Dorpat pendant le premier trimestre de 1892, par J. Chasanow. (*Thèse Dorpat*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, II, 666.) — Les questions de stérilisation, par Thornbury. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — L'incertitude de la reconnaissance du bacille typhique dans les eaux potables suspectes, par Abbott. (*Med. News*, 10 décembre.) — Appareil pour recueillir à la profondeur voulue les échantillons d'eau destinés à l'analyse bactériologique, par Johnston Wyatt. (*Hyg. Rundsch.*, II, 606.)

Éclampsie. — Du bacille de l'éclampsie, par Haegler. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 décembre.) — La question de l'éclampsie, par Fehling. (*Ibid.*) — Traitement de l'éclampsie avant et pendant l'accouchement, par Dührssen. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 887, 29 août.)

Écriture. — L'écriture des gauchers. L'écriture en miroir, par Leichtenstein. (*Deutsche med. Woch.*, 42, p. 942.)

Eczéma. — Eczéma infantile, par Ricketts. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 décembre.) — De l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant ; ses rapports avec l'évolution dentaire, par Petit-Didier. (*Thèse de Montpellier.*) — Des troubles viscéraux chez les eczémateux, par Caillard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le traitement balnéaire de l'eczéma, par Amsler senior. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 402, 1er juillet.)

Électricité. — Des nouveaux travaux d'électrothérapie, par Möbius. (*Schmidt's Jahrbücher*, CCXXXVII, 1.) — Sur le pouvoir microbicide de l'électrolyse interstitielle, par Gautier. (*Soc. de biol.*, 10 décembre.) — Recherches sur les modifications électrolytiques provoquées par le courant galvanique dans les tissus animaux morts, par E. Perregaux. (*Bâle.*) — La pile thermoélectrique de Guelcher et ses applications médicales, par Thorner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Batterie transportable de trente petits accumulateurs pour galvanisation, par Laquer. (*Neurol. centralb.*, XI, 13.) — Traîneau électromicroscopique pour évaluer l'action antiseptique de l'électricité, par Rob.-L. Watkins. (*London Electr. Rev.*, 1891, et *Hyg. Rundsch.*, II, 734.) — Simplification de l'électrothérapie par un nouveau commutateur universel, par Szuman. (*Münchener med. Woch.*, 42, p. 745.) — La machine dynamo-électrique employée en électrothérapie, par Truchot. (*Arch. d'électricité méd.*, I, 1.) — Expériences physiologiques sur l'électro-magnétisme, par Péterson et Kennelly. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Le dosage des courants constants, par O. Mund. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 804, 8 août.) — Les effets physiologiques des courants alternatifs, par Hedley. (*Lancet*, 24 décembre.) — Action thérapeutique des courants continus, par Leduc. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 décembre.) — La faradisation thérapeutique des nerfs vaso-moteurs et du nerf pneumogastrique, par Katicheff. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 6.) — La mort et les accidents causés par les courants électriques de haute tension, par Biraud. (*Thèse de Lyon.*) — Du traitement des maladies des femmes par l'électricité (1891 et 1892), par Osterloh. (*Schmidt's Jahrbücher*, CCXXXVII, 1.) — Sur un cas de dysménorrhée avec abcès ganglionnaire du cou guéri par l'électricité par la méthode Apostoli, par Salvat. (*Rev. intern. d'électrothér.*, 8.) — L'é-

lectricité dans l'incontinence d'urine, par WIGHTMAN. (*Journ. of electro-ther.*, février.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis des Arabes traité avec succès par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, par PAULET. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.)

Embolie. — Mort subite par embolie le quinzième jour après l'accouchement, par VILLARD. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Embolie cérébrale par endocardite chez un enfant de cinq ans et demi, par A. BAGINSKY. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Embolie pulmonaire traitée avec succès par les injections camphrées, par ÉWALD. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.)

Embryologie. — L'embryologie générale, par ROULE. (In-16, 510 p., *Paris*, 1893.) — Étude des annexes fœtales chez les reptiles, par GIACOMINI. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 3.) — Sur les anomalies de développement de l'embryon humain, par GIACOMINI. (*Ibid.*, XVIII, 3.) — Sur les effets tératogéniques de la lumière blanche sur l'œuf de poule, par BLANC. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.)

Empoisonnement. — Recherches expérimentales sur l'histologie pathologique du noyau dans les empoisonnements, par S. AIELLO. (*Riforma medica*, 18 octobre.) — Troubles morbides consécutifs à l'abstinence de morphine, par Édouard HITZIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — De la recherche toxicologique de la cocaïne, par SONNIE-MORET. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Lypémanie, empoisonnement grave par le laudanum traité par le lavage de l'estomac, guérison, par RÉGIS. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Un cas d'empoisonnement par la cantharidine, par LHÔTE et VIBERT (autopsie et recherches du poison). (*Annales d'hyg. publ.*, septembre.) — Des désordres neuro-psychiques dans l'ergotisme chronique, par V. BECHTEREW et REFORMATZKI. (*Neurol. Centralb.*, 15 décembre.) — Tétanie dans l'empoisonnement par les vapeurs de charbon, par A. VOSS. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 894.) — Empoisonnement par injection de 60 grammes de chloroforme ; gastro-entérite ulcéreuse, symptômes d'ictère grave, guérison, par MARFAN. (*Mercredi méd.*, 14 décembre.) — De l'empoisonnement par la créosote, par FREUDENTHAL. (*N. York med. Monats.*, 5.) — Empoisonnement par l'antifébrine, par KRONFELD. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Empoisonnement par le lysol pur, par REICH. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Le lysol est-il toxique, par POTJAN. (*Ibid.*) — Matière colorante rouge cerise de l'urine dans un cas probable d'empoisonnement chronique par le sulfonal, par H. QUINCKE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 889, 5 septembre.) — Empoisonnement par l'acide pierique, par KARPLUS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — Recherche du mercure, par LUDWIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Intoxication mercurielle expérimentale chez le chien, par PILLIET. (*Soc. anat.*, décembre, p. 791.) — Empoisonnement aigu par le sublimé corrosif employé en injections intra-utérines, par PILLIET. (*Soc. anat.*, décembre, p. 739.) — Du choléra arsenical expérimental, par WURTZ. (*Soc. de biol.*, 24 décembre.) — Empoisonnement par les sardines, ptomaïne toxique, par STEVENSON. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.)

Enfant. — Traité des maladies de l'enfance, par COMBY. (In-18, 872 p., *Paris.*) — Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, par MOUSSOUS. (276 p., *Paris.*) — Des maladies des nouveau-nés à la clinique de Budapest,

par Érös. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Généralités sur les maladies des enfants, par P. Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, 22, p. 720.) — Des nourrices sur lieu et de la mortalité de leurs enfants, par F. Ledé. (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, XIV, 761, septembre.) — Sur la mortalité des enfants, principalement dans le jeune âge, par Simon. (*Revue méd. de l'Est*, 21, p. 654.) — Quelques précautions contre la diffusion des maladies contagieuses spécialement chez les enfants, par Graham. (*Med. News*, 17 décembre.) — L'enfant doit-il être lavé à la naissance, par Parsons. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 décembre.) — Les rapports de l'alimentation avec le scorbut chez l'enfant, par Brush. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 décembre.) — Insufflation des nouveau-nés, de la nécessité de pratiquer au préalable l'aspiration des mucosités, par Budin. (*Semaine méd.*, 28 décembre.) — Sur la présence de parasites dans les fœtus normaux, par Galippe. (*Soc. de biol.*, 10 décembre.) — Bronchite aiguë chez les enfants, par Dodge. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 17 décembre.) — Des broncho-pneumonies tardives de l'enfance, par Saint-Philippe. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 6 novembre.) — Traitement de la pneumonie des enfants par les bains froids, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 juillet.) — L'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés, par Geffrier. (*Rev. mal. de l'enf.*, novembre.) — Pneumonie caséuse et broncho-pneumonie tuberculeuse chez les enfants, par Aviragnet. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 décembre.) — Pneumonie du sommet droit, sans véritable dyspnée, sans signes physiques pendant sept jours, simulant une fièvre typhoïde, compliquée d'accidents méningitiques, chez un enfant de huit ans, par Jules Simon. (*Union médicale*, 30 avril.) — Formes cliniques de la tuberculose chez les enfants, par Aviragnet. (*Gaz. des hôp.*, 24 décembre.) — Diagnostic de la tuberculose chez les nouveau-nés, par Kaufmann. (*Prager med. Woch.*, 21 décembre.) — De la tuberculose généralisée, chronique, apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge, par Marfan. (*Semaine méd.*, 21 décembre.) — Lacune du pariétal, suite de fissure chez un enfant, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Des diplégies cérébrales de l'enfance, par Rosenthal. (*Thèse de Lyon.*) — Maladie du cœur à forme abdominale chez un enfant de douze ans, par Beaudouin. (*Normandie méd.*, 15 décembre.) — De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, par Bardol. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Migraine ophtalmique associée, hystérique chez l'enfant, par Thomas. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.) — Du sucre dans le foie des nouveau-nés, par Colrat et Fochier. (*Lyon méd.*, 18 décembre.) — Fistule biliaire chez un nouveau-né, par Darey. (*Med. News*, 26 novembre.) — Cirrhose du foie chez une fille de onze ans, par Hall. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 167.) — Deux cas de péritonite traumatique non suppurée chez des enfants, par Sutherland. (*Lancet*, 10 décembre.) — Diarrhées estivales des enfants, étiologie chimique et biologique, par Mc Vey. (*Kansas med. journ.*, p. 642.) — Diarrhées infantiles, par J. Simon. (*Ann. de méd.*, 21 décembre.) — Traitement électrique de la diarrhée et du choléra chez les enfants, par Éwant-Arslan. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.) — Anémie infantile pseudoleucémique, par Alt et Weiss. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 433 et et 450.) — Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez les enfants, par Schwartz. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — L'anémie des mineurs chez les enfants, par Arslan. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — Nécrose du maxillaire inférieur chez les enfants, par Raynaud. (*Thèse de Lyon.*) — Le traitement chirurgical de l'arthrite aiguë de la hanche chez les enfants, par V. Gibney. (*New York med. record*, 29 octobre.) — Ostéomyélite chez un enfant d'un an, par Fatichi. (*Sperimentale*, 19, p. 367.) — Des fractures

du condyle interne de l'humérus chez l'enfant, leur consolidation vicieuse, traitement par l'ostéotomie linéaire, par Brun-Bourguet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Luxation de la mâchoire inférieure chez l'enfant, par Councell. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.) — Résection d'anses intestinales gangrenées chez les enfants, par Schramm. (*Wien. med. Wochenschr.*, 39.) — Abcès de la cavité de Retzius chez un enfant de seize mois, par Ed. Martin. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 713, octobre.) — Infection urinaire par le coli bacille dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, traitement par le biborate de soude, guérison, par Guinon. (*Rev. mal. de l'enf.*, décembre.) — Du traitement des calculs vésicaux chez les enfants mâles, par Poret. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement des calculs vésicaux chez les enfants, par Dumont. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Les tumeurs malignes dans l'enfance (cancer du rectum chez une fillette de onze ans), par C. Stern. (*Deutsche med. Woch.*, 22, p. 494.)

Épilepsie. — De l'épilepsie chez les enfants, par Vivier. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — De la guérison de l'épilepsie par l'hypnose, par Thomalla. (*Wien. med. Wochenschr.*, 47.) — Borate de soude dans l'épilepsie, par Partena. (*Ann. di neurol.*, 1, 2 et 3.) — De l'action des convulsivants dans les états convulsifs et particulièrement de l'action de la belladone chez les épileptiques, par Ray. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de l'épilepsie et de la neurasthénie par l'injection sous-cutanée de substance nerveuse normale, par V. Babes. (*Deutsche med. Woch.*, 30, p. 683.) — Nouveau traitement contre l'épilepsie, inoculation rabique, par Gibier. (*Med. Soc. county of New York*, 26 décembre.) — Épilepsie corticale, opération, guérison, par Straw. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.)

Epithélium. — Sur la nature de l'endothélium, par Guldberg. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 35.)

Erysipèle. — Étude expérimentale du streptocoque de l'érysipèle, par Roger. (*Revue de médec.*, décembre.) — Pneumonie érysipélateuse à point de départ conjonctival, par Rendu. (*Soc. des hôp.*, 9 décembre.) — L'huile essentielle de térébenthine dans le traitement de l'érysipèle, par L. d'Amore. (*Progresso medico*, 20 avril, p. 241.)

Estomac. — Sur l'assimilation du feuillet à la caillette des ruminants au point de vue de la formation de leur membrane muqueuse, par Cordier. (*Acad. des Sc.*, 12 décembre.) — De l'évolution des fonctions de l'estomac, par Winter. (*Acad. des Sc.*, 26 décembre.) — La bactérie de l'estomac, par Gillespie. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 3.) — Dosage des acides chlorhydriques libre et combiné dans le suc gastrique, par A. Tschlenoff. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — De la sécrétion continue chronique de suc gastrique, par Riegel. (*Deutsche med. Woch.*, 21, p. 467.) — Le chimisme stomacal à l'état normal et pathologique d'après les recherches d'Hayem et Winter, par J. Winter. (*Ibid.*, 30, p. 681.) — La détermination du volume de l'estomac au moyen de l'air, par Kelling. (*Ibid.*, 51, p. 1160.) — De l'hydrogène sulfureux dans l'estomac, par J. Boas. (*Ibid.*, 49, p. 1110.) — Les fermentations dans l'estomac de l'homme et leur importance pratique, par F. Kuhn. (*Ibid.*, 49, p. 1107.) — L'influence des acides et des bases sur l'acidité du suc gastrique des sujets sains, par du Mesnil. (*Ibid.*, 49. p 1112.) — Influence de quelques remèdes sur les sécrétions de l'estomac, par Leubuscher et Schœfer. (*Ibid.*,, 46, 1038.) — Formation de gaz inflammables dans l'estomac humain, par Kuhn. (*Ibid.*, 47, p. 1071.) — L'atro-

phie primitive de la muqueuse gastrique et intestinale et ses rapports avec l'anémie grave et les maladies de la moelle, par EISENLOHR. (*Ibid.*, 49, p. 1105.) — De la formation de gaz dans l'estomac, par KUHN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.) — Rapports entre HCl et les albuminoïdes à propos de l'examen chimique du suc gastrique, par L. SANSONI. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 et 24, octobre.) — La sécrétion de l'acide chlorhydrique dans la dyspepsie nerveuse, par GEIGEL (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 1.) — De la digestion stomacale, remarques sur les gaz de l'estomac, par HOPPE-SEYLER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 82.) — Des rapports de l'excrétion des chlorures avec les affections stomacales, par KATZ. (*Intern. klin. Rundsch.*, 10.) — Méthodes simplifiées d'examen de l'estomac, par STOCKTON. (*Med. News*, 26 novembre.) — Contribution au diagnostic et au traitement des affections gastriques, par Max LOEWENTHAL. (*Berl. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Gargouillement intestinal et clapotage gastrique, par LE GENDRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 octobre.) — Sur la dilatation de l'estomac et le clapotage gastrique, par DEBOVE. (*Ibid.*, 2 décembre.) — De la dyspepsie, par MAIN. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — De l'ulcère peptique de l'estomac, son traitement, par SHATTUCK. (*Med. News*, 10 décembre.) — Pseudogastralgie hyperchlorhydrique ; guérison par les alcalins à haute dose, par ALIBERT. (*France méd.*, 52, p. 819.) — Des crises de tétanie dans la dilatation stomacale, par VAUTHIER. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — Pourquoi les médecins obtiennent peu de résultats dans le traitement des dyspepsies, par BOZZOLO. (*Gazz. degli Ospit.*, décembre.) — Étude des dyspepsies par l'électricité, par RAVÉ. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — La dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement, par HUCHARD et DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de thérap.*, 14 décembre.) — Ulcère ancien de l'estomac, péritonite par perforation, par CHAPT. (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.) — Suracidité du suc gastrique dans un cancer de l'estomac, par A. PULAWSKI. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — Des néoplasmes de l'estomac, du cancer conjonctif sous-muqueux, par GARRET. (*Thèse de Lyon.*) — Cancer de l'estomac, tuberculose intestinale, par GIRODE et CHAPT. (*Soc. anat. Paris*, novembre, p. 707.) — Épithélioma primitif latent de l'estomac et secondaire du foie chez une femme jeune, par COLLINET. (*Soc. anat. Paris*, novembre, p. 697.) — Sarcome de l'estomac avec tendance à la généralisation et à marche très rapide chez un homme de vingt-deux ans, par EBSTEIN. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Rétrécissement cancéreux du pylore, atrophie généralisée des viscères, aspect infantile du cœur, par BESANÇON. (*Soc. anat. Paris*, décembre, p. 802.) — De la gastrodiaphanie, éclairage électrique de l'estomac, par EINHORN. (*N. York med. journ.*, 3 décembre, et *Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — L'éclairage électrique de l'estomac par le diaphanoscope de Heryng et Reichmann, par PARISER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 811, 8 août.) — Appareil pour éclairer l'estomac, par RENDERS. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Abcès idiopathique de l'estomac et abcès sous-phrénique, par MEYER. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 3 octobre.) — Contribution à l'étude de la chirurgie stomacale, par SCHRAMM. *Wiener med. Presse*, 20 novembre.) — Fistule gastrique pour un cancer du cardia. Résultats favorables chez une femme de soixante-deux ans, par LAUENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.,* 30, p. 624.) — Le résultat fonctionnel es opérations faites sur l'estomac, par KŒUSCHE. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1114.) — Les fonctions de l'estomac après la résection du pylore carcinomateux, par ROSENHEIM. (*Ibid.*, 49, p. 1118.) — Deux cas de plaie pénétrante de l'estomac traités par la gastrorraphie immédiate. Guérison, par MESINI. (*Sperimentale*, 20, p. 310.) — Laparotomie pour ulcère de l'es- omac rompu dans la cavité abdominale ; suture de la perforation, guéri-

son, par H. Kriege. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 et 12, décembre.) — De l'intervention opératoire dans les cas de perforation d'un ulcère simple de l'estomac, par Pozzi et Ricklin. (*Rev. intern. de thérap.*, I, 1.) — Fistule stomacale, gastrostomie, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 600.) — Gastropexie et gastrorraphie pour dilatation de l'estomac, par Bock. (*Clinique Bruxelles*, 13 octobre.) — Traitement chirurgical des sténoses pyloriques, par Colzi. (*Sperimentale*, p. 319.) — Gastrectomie pour cancer, par Rosenheim. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Gastrostomie en deux temps, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 837.) — Cancer du pylore généralisé, gastro-entérostomie postérieure, par Delagénière. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 683.) — De la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore, par Matignon. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur une observation de gastro-entérostomie, par Reclus. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 608.) — De la gastro-entérostomie, par Schwartz. (*Ibid.*, p. 629.) — Néoformation du pylore gastro-entérostomie, par Terrier. (*Ibid.*, p. 636.) — De la gastro-duodénostomie, par Jaboulay. (*Arch. prov. de chir.*, I, 6.)

Exanthème. — Des exanthèmes médicamenteux, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.)

F

Face. — Hémiatrophie congénitale de la face et du tronc, par Gluck (*Berl. klin. Woch.*, 11 juillet.) — De l'ulcus rodens; contribution à l'étude de l'épithélioma de la face, par Dubreuilh. (*Arc. clin. Bordeaux*, 1er novembre.)

Ferment. — Nouvelles recherches sur les ferments tryptiques des micro-organismes, par Claudio Fermi. (*Arch. f. Hyg.*, XIV et *Hyg. Rundsch*, II, 608.)

Fièvre. — Du délire fébrile, par Chavigny. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches sur l'étiologie des fièvres méditerranéennes, par Hughes. (*Lancet*, 3 déc.) — Sur la fièvre des organismes élémentaires, par Herz. (*Wiener med. Presse*, 18 décembre.) — Histologie pathologique de la rate dans la fièvre récurrente, par Nikisoroff. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 206.) — De l'alimentation dans les fièvres, par G. Peadody. (*N. York med. record*, 26 nov.).

Fièvre jaune. — Symptomatologie de la fièvre jaune, par Havelburg. (*Berl. klin. Woch.*, p. 758, 25 juillet.)

Fistule. — De la suture directe des fistules vésico-utérines après la séparation des parois vésicales, par Benckiser. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.)

Foie. — Sur l'élimination par le foie de la matière colorante verte des végétaux, par Wertheimer. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Sur l'action antitoxique et excrémentitielle du foie, par Fiévet. (*Thèse de Lille.*) — Recherches sur les échanges azotés dans la cirrhose du foie, par Weintraud. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXI, 1.) — Inflammation et dégénérescence

du foie, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, 42.) — De l'étiologie de l'ictère infectieux, maladie de Weil, par Jaeger. (*Zeit. f. Hyg.*, XII, 4.) — Nouvelles recherches sur la maladie de Weil, par Fiedler et Neelsen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 4, p. 232.) — Trois cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par Umberto Gabbi. (*Sperimentale*, p. 232.) — Deux affections hépatiques (1° angiocholite suppurée par oblitération calculeuse du cholédique, abcès sous-diaphragmatique, pyléphlébite; 2° atrophie aiguë du foie), par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Des abcès du foie, par Dudly. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 317.) — Étiologie des abcès du foie, par Genersich. (*Pester med. chir. Presse*, 12.) — A propos des suppurations hépatiques, par Moty. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 643.) — De la stérilité des suppurations du foie et de la vésicule biliaire, 8 opér. d'hépatotomie et de cholécystotomie, 8 guérisons, par Tuffier. (*Ibid.*, XVIII, p. 614.) — Mélanosarcome du foie, par Lehmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Énorme cancer secondaire du foie, par Arthaud. (*Lyon méd.*, 27 nov.) — Épithélioma primitif du foie et thrombose épithéliale des veines-porte et sus-hépatiques, ictère et ascite, par Collinet et Chapt. (*Soc. anat.*, déc. p. 783.) — Traitement de l'ascite hépatique par la crème de tartre, par M. Sasaki. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Calomel dans un cas de cirrhose hypertrophique du foie, par Ludwig Sior. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 décembre.) — Cirrhose hypertrophique. Laparotomie. Drainage de l'arrière-cavité des épiploons. Survie prolongée, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 22, p. 714.) — Un cas de cholécystotomie, par Braine. (*Ann. policlin. Paris*, juillet.)

Fracture. — Nouvel appareil pour les fractures de la clavicule, par Hawes. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 déc.) — Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate, par Denucé. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 déc.) — Note sur les suites de deux fractures du coude, par Ozenne. (*Journ. de méd. Paris*, 27 nov.) — Fracture compliquée de l'avant-bras chez un enfant, par Maunoir. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 714, octobre.) — Fracture des 3e et 4e métacarpiens, par E. Revilliod. (*Ibid.*, octobre.) — Indications et contrindications du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse, par Coriton. (*Gaz. des hôp.*, 17 déc.) — Suture de la rotule après fracture, par Park. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.) — Des fractures de jambes intra-utérines, par Temesvary. (*Wiener med. Wochenschr.*, 33.) — Le traitement des fractures par le massage et l'immobilisation, par A. Lebrun. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique,* 9, p. 866.)

G

Gangrène. — Amputation spontanée d'un orteil dans la continuité de l'os au cours d'une gangrène sénile, par Matton. (*Soc. anat. Paris*, déc. p. 805.) — Sur la gangrène symétrique, par Kornfeld. (*Wiener med. Presse*, 11 décembre.) — Deux cas de gangrène totale de la verge, par Houel. (*N. Montpellier méd.*, 51, p. 1010.)

Génitaux (Org.). — Manuel des affections sexuelles, par Georg Letzel. (*Vienne.*) — Sur une prétendue inaptitude au coït par suite de lésion des organes génitaux mâles, par G. Ziino. (*Il Morgagni*, décembre.) — De l'opération du phimosis, par Barbu. (*Gl'Incurabili*, août.) — Du prurit

vulvaire, par L. Seeligmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Épithélioma primitif de la grande lèvre, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 décembre.) — Tuberculose génitale chez la femme, sa fréquence, son histoire clinique, par Williams. (*Med. News*, 24 décembre.)

Glaucome. — De la limitation du glaucome, par Bjerrum. (*Nordiskt opht. Tidjskrift*, V, 2.) — Glaucome chez les adolescents, par Story. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 16 décembre.) — Glaucome double subaigu chez un sujet de 29 ans, par Critchett. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 86.)

Greffe. — Greffe de Thiersch sur une vaste brûlure, par Murray. (*N. York surg. soc.*, 9 novembre.)

Grippe. — La grippe épidémique, étude de statistiques comparées, par Dixey. (*Oxford.*) — Remarques sur la dernière épidémie d'influenza, par Dornbluth. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 989.) — Recherches bactériologiques sur l'influenza, par Bruschettini. (*Arch. per le sc. med.*, XVI, 4.) Des complications de la grippe, par Chervinsky. (*Med. Obosren.*, XXXVIII, 18.) — De la grippe à forme typhoïde, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord*, 20, p. 497.) — Lésions cérébrales dans un cas de grippe, par M. Rothmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Quelques conditions pathologiques des voies respiratoires supérieures dans la grippe, par Chapman. (*Americ. laryng. Assoc.*, 20 juin et *N. York med. journ.*, 10 décembre.) — De la pneumonie grippale, par Beck. (*Charité Annalen*, p. 856.) — Des déterminations pleurales de la grippe, par Mangenot. (*Thèse de Lyon.*) — Névralgie diaphragmatique avec spasmes du diaphragme à la suite de l'influenza, par Kapper. (*Wien. med. Wochensch.*, 37.) — Contribution à l'étude des lésions des muscles oculaires après la grippe, par Walter Albrand. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 893, septembre.) — Inflammation de l'oreille dans la grippe, par Kosegarten. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3.) — Des complications infectieuses buccales et dentaires de la grippe pendant les épidémies de 1889-92, par Hugenschmidt. (*Rev. intern. d'odont.*, août.) — Sur un cas d'érythème infectieux au cours de l'influenza, par Lemière et Didier. (*Journ. sc. méd. Lille*, 11 novembre.) — De la gangrène des extrémités dans la grippe, par Moruet. (*Thèse de Lyon.*)

Grossesse. — Anatomie de la grossesse, par Soffiantini. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 28 décembre.) — Un cas de rétroflexion partielle de l'utérus pendant la grossesse, par Engstrom. (*Finska läkares. handlingar,* XXXV, 1.) — Note relative à l'influence de quelques infections aiguës, notamment la scarlatine et l'érysipèle sur la grossesse, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 décembre.) — Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, par Mouchet. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 21 décembre.) — Contribution hippocratique à l'histoire des fausses grossesses, par Bouchacourt. (*Lyon méd.*, 18 décembre.) — De la grossesse abdominale, par Coe. (*Med. News*, 10 décembre.) — Grossesse tubaire, par Price. (*Americ. j. of Obst.*, déc.) — Six cas de grossesse extra-utérine, par Hall. (*Ibid.*). — Développement du placenta après la mort du fœtus dans la grossesse extra-utérine, par Lawson Tait et Martin. (*Trans. obst. soc. London*, XXXIV, 3.) — Grossesse extra-utérine dans laquelle le fœtus semble s'être développé à terme dans la cavité péritonéale en gardant l'enveloppe amniotique, par Lawson Tait. (*Ibid.*, XXXIV, 3.) — Grossesse double : un fœtus développé dans l'utérus, et le second en dehors de l'utérus, par Martin. (*Omaha Clinic*, 8, p. 259.) — 58 cas de grossesse

extra-utérine, par MARTIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1148, 7 novembre.) — 9 cas de grossesse extra-utérine opérées par laparotomie, par HUNERMANN. (*Ibid.*, p. 1145, 7 novembre.) — La grossesse extra-utérine, par SIPPEL. (*Deutsche med. Woch.*, 37, p. 826.) — Grossesse tubaire, fœtus calcifié, grossesse intercurrente, accouchement avant terme, extirpation du lithopédion par la laparatomie, guérison, par BRAQUEHAYE. (*Soc. anat.*, décembre, p. 773.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, extraction d'un fœtus macéré de 8 mois, par WARREN. (*Boston med. Journal,* 1er décembre.) — Grossesse tubaire, par STRONG. (*Ibid.*, 8 décembre.) — De la laparatomie dans les grossesses extra-utérines, par REIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 décembre.) — Grossesse ectopique, rupture, céliotomie, guérison, par WALSH. (*Med. News*, 26 novembre.)

Gynécologie. — La nouvelle maison de santé pour maladies des femmes de Léopold Landau, par Max FRAENKEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — L'icthyol en gynécologie, par V. HERFF. (*Münchener. med. Woch.*, 52, p. 941.)

H

Helminthes. — Deux nouveaux cas de pseudo-épilepsie vermineuse, par GIRAT. (*Union médicale*, 12 novembre.) — Un cas de tique dans l'espèce humaine. Observation d'un fait d'ixodes reduvins ayant pénétré sous la peau sans déterminer d'accidents, par DESNOS et LABOULBÈNE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 octobre.) — Un cas de billharzose, par RUETIMEYER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 576, 15 septembre.) — Coexistence d'ankylostome duodénal et d'anguillules, par ILBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 906, 5 septembre.) — Ankylostome duodénal chez un mineur allemand, par BEUCKELMANN et FISCHER. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1136.) — Des migrations actives du pentastomum denticulatum, par S. VON RATZ. (*Centralbl. f. Bakt.*, XII, 10, p. 329.)

Hémorragie. — L'hémoptysie et son traitement, par COMBY. (*La Médecine moderne*, 10 septembre.) — Des hémorragies utérines après la ménopause, par MONOD. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, novembre.) — Traitement des hémorragies post-partum, par HERMAN. (*Brit. med. j.*, 24 décembre.) — Lavements chauds abondants dans les hémorragies graves, par FOX. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.)

Hémorroides. — Pathogénie des hémorroïdes, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 18 janvier.) — Traitement des hémorroïdes, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 22 janvier.)

Hernie. — Cinq hernies chez le même sujet, par COLEY. (*N. York Acad. of med.,* 12 décembre.) — Tuberculose du sac herniaire, par Carl HAEGLER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Recherches sur la kélotomie, par ROSE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 1.) — Nouveau procédé de cure radicale des hernies, par O'HARA. (*Brit. med. j.*, 10 décembre.) — Hernie enkystée congénitale dans une hydrocèle funiculaire également congénitale, par MICHAUX, rapport de Terrillon. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVIII, p. 771.) — A propos des hernies enkystées, par BERGER.

(*Ibid.*, XVIII, p. 787.) — Sur une variété nouvelle de hernie inguinale congénitale de la femme, hernie enkystée de la grande lèvre, par BERGER. (*Ibid.*, XVIII, p. 651.) — Disposition rare du collet du sac et de l'anneau d'étranglement dans une hernie inguinale, par J. CRAUSAZ et A. L. DUPRAZ. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.) — Sur un cas de hernie inguinale étranglée et d'hernie propéritonéale avec torsion du mésentère, par MARTEL. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 1.) — 3 cas de hernies inguinales étranglées réduites après affusions d'éther, par L. ETTINGER. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, p. 443, 15 juil.) — Hernie inguinale droite étranglée réduite en masse : kélotomie, par BOURSIER. (*J. méd. Bordeaux*, 4 déc.) — Résultats immédiats et éloignés de la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, par DELARIS. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme, par L. GELPKE. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Hernie inguinale enflammée contenant l'appendice vermiforme. Opération, guérison, par A. BIER. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 543. — Guérison d'une hernie crurale colossale, par TRENDELENBURG. (*Ibid.*, 46, p. 1046.) — De la cure opératoire et radicale des hernies ombilicales, par E. SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 46, p. 722.) — Cure radicale de la hernie ombilicale, par BACRI. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — De l'omphalectomie et de la suture à 3 étages dans la cure radicale des hernies ombilicales, par CONDAMIN. (*Lyon méd.*, 31 octobre.) — De la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte et en particulier de l'omphalectomie avec la suture à 4 étages, par CASTERET. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de hernie de Richter (hernie latérale de l'intestin), par Carl STERN. (*Berl. klin. Wochens.*, 10 octobre.)

Herpès. — Herpès zoster et les plexus nerveux, par MACKENZIE. (*Journ. ot path. and bacter.*, I, 3.) — Herpès progénital, observations clinico-pathologiques, par C. ZAPPALA. (*Progresso medico*, 29 février.) — Les éruptions herpétiques de la bouche et du pharynx chez l'enfant, par DESSAU. (*Journ., Americ. med. Assoc.*, 31 décembre.) — Kéloïde cicatricielle suite d'herpès ophtalmique, par SPICER. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 220.)

Histologie. — Comment on choisit son microscope, par RAUGÉ. (*Semaine méd.*, 13 février.) — Précis d'histologie générale, par DISSE. (*Stuttgart.*) — Etudes sur une nouvelle méthode de recherche histologique, par WALKER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 3.) — L'emploi de l'huile d'anis pour l'inclusion des pièces coupées au microtome à congélation, par KÜHNE. (*Centralbl. f. Bakter.*, XII, p. 28, 1.) — Méthode pratique de coloration des préparations microscopiques, par WLADYSLAW SWIATECKI. (*Ibid.*, XII, p. 247, 7-8.) — Appareil pour la coloration en masse de préparations séchées sur lamelles, par F. HOFMEISTER. (*Fortschritte der Medicin*, X, 14, p. 531.) — Les rapports de la kérato-hyaline avec l'hyaline, par P. ERNST. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XXX, 2.)

Hôpital. — L'hôpital français de Suez en 1889-1891, par LEGRAND. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — Le nouvel hospice de vieillards et d'aliénés de Wyl, à Saint-Gall, par MUELLER. (*Corresp.-Blatt. schweiz. Aerzte*, p. 416, 1er juillet.) — Conditions de l'hygiène hospitalière en France, par H. NAPIAS. (*Rev. d'hyg.*, novembre.)

Hydatide. — Des accidents consécutifs à l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les bronches, par RENDU. (*Semaine méd.* 10 décembre.) — Kyste hydatique du sommet du poumon gauche. Pneumotomie, guérison, par NETTER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 août.) — De l'irruption de la bile dans

les kystes hydatiques du foie ponctionnés, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 décembre.) — De l'hypertrophie compensatrice du foie dans les kystes hydatiques de cet organe, par Max DUERIG. (*Munich.*) — Du traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie, par VINCENT. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 830.) — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, par MORDRET. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 657.) — Discussion sur le traitement des kystes de la rate. (*Ibid.*, p. 663.) — Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin, par MONÉGER. (*Thèse de Lyon.*) — Kyste hydatique de la région rétro-vésicale, rétention d'urine et obstruction intestinale, laparotomie suivie de la suture du kyste à la paroi abdominale, par VINCENT. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 830.) — Kystes hydatiques multiples dans la cavité abdominale, par WESTHOFF. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 916.) — Kyste hydatique du grand dentelé, par PONCET. (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre.) — Kyste hydatique du muscle grand dentelé, par COLLET. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Le traitement chirurgical des kystes hydatiques, par WALLIS. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 235.) — Du traitement des kystes hydatiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.)

Hygiène. — L'hygiène nouvelle dans la famille, par CANCALON. (In-8°, 100 p., *Paris.*) — Le doctorat en hygiène de l'Université de Durham, par L. VINTRAS. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 773.) — Note sur l'hygiène au Sénégal, par TREILLE. (*Ibid.*, juillet.) — Le sanatorium Renée-Sabran à Giens pour enfants scrofuleux, par G. DROUINEAU. (*Ibid.*, décembre.) — Des sanatoriums marins flottants (paquebots faisant le voyage de l'Indo-Chine avec escales), par W. BALSER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 786, 1er août.) — Une crèche modèle à Liège, par Alex. BARBIER. (*Mouvement hygiénique*, octobre.) — Une question d'assistance. Les mères délaissées. Maternités-ouvroirs, par Gustave LAGNEAU. (*Annales d'hyg. publ.*, septembre.) — Les nouvelles écoles à New-York, par K. HINTRAEGER. (*Hyg. Rundsch.*, II, 720.) — L'hygiène scolaire en Hongrie, par SCHUSCHNY. (*Ibid.*, II, 719.) — Pupitre pour travaux scolaires à domicile et pour adultes, par W. SCHULTHESS. (*Ibid.*, II, 637.) — L'hygiène de la parole et l'école, par H. GUTZMANN. (*Ibid.*, II, 580.) — De l'éclairage artificiel induit, par F. MENNING. (*Ibid.*, II, 810.) — Réflecteur de lumière diurne pour écoles, par PERLIA. (*Ibid.*, II, 637.) — L'hygiène scolaire en Angleterre, par L. REUSS. (*Ann. d'hyg. publiq.*, décembre.) — Banc d'école Mauchain, par MANGENOT. (*Rev. d'hyg.*, octobre.) — Sur la question de l'âge dans le mariage, par DAMIAN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Assainissement de Tunis, par RICHARD et JANNIN. (*Rev. d'hyg.*, octobre.) — Enquête statistique sur l'hygiène urbaine dans les villes françaises, par BECHMANN. (*Ibid.*, décembre.) — L'hygiène à Reims de 1884 à 1891, par H. HENROT. (*Ibid.*, septembre.) — Ville de Dijon, topographie médicale et assainissement, par ZIPFEL et PIGNANT. (In-8° 171 p., *Dijon.*) — L'asséchement des bâtiments inondés (*Mittheilungen für Grundbesiher*, XI et *Hyg. Rundsch.*, II, 766.) — La question de l'amélioration des logements ouvriers à la conférence du bureau central pour les institutions de bien-être ouvrier, par H. ALBRECHT. (*Deutsche Viertelj. œffenfl. Gesundheit.*, XXIV, 521.) — La question des logements ouvriers dans la législation de divers pays, par J. STUBBEN. (*Ibid.*, XXIV, 541.) — Qualités et renouvellement de l'air des salles de malades à l'hôpital berlinois de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric, par DOERNBERGER. (*Zeitschf. f. Hyg. und Infektionskrankheiten*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 717.) — Hygiène industrielle (fabriques de musc artificiel, ateliers pour utiliser les déchets de cuisine, ateliers de gravure sur tissu), par Th. BELVAL. (*Mouv. hygiénique*, novembre.) — Les cuves à désinfection par trempage à 100°,

par L. Reuss. (*Ann. d'hyg. publiq.*, novembre.) — Stérilisateur à vapeur économique et simple, par H. Merke. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 930, 12 septembre.) — Recherches sur les qualités de l'air de l'auditoire de l'amphithéâtre d'anatomie de Dorpat en mars 1892, par Carl Orzepowski. (*Thèse de Dorpat*, 1892.) — Du chauffage par les poêles à gaz, par H. Bunte et Burschell. (*Hyg. Rundsch.*, II, 765.) — Instruction prussienne sur les effets nuisibles à la santé du gaz d'eau. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 740, 18 juillet.) — Les explosions de liquides inflammables, par Th. Belval. (*Mouvem. hygéniq.*, octobre.) — Causes de dangers dans la fabrication des explosifs, par O. Guttmann. (*Chem. Ztg.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, II, 689.) — Du classement des usines productives d'énergie électrique et de leur réseau de distribution, par Marchegay. (*Rev. d'hyg.*, juillet.) — Rapport au comité de salubrité de la Seine sur l'installation à Montreuil d'une fabrique de jouets en métal, par Nocard. (*Ann. d'hyg. publiq.*, octobre.) — L'entente internationale contre la falsification des denrées alimentaires, par Th. Belval. (*Mouvement hygiéniq.*, novembre.) — Bière dans l'alimentation publique et ses falsifications, par de Geyter. (*Ibid.*, novembre.) — De l'inspection sanitaire des viandes, par Ch. Morot. (*Revue d'hyg.*, XIV, 559, juillet.) — De l'alimentation avec des viandes salées de porcs américaines trichinées, par Janssen. (*Hyg. Rundsch.*, II, 758.) — Expériences d'alimentation (négatives) avec des viandes américaines, par Klaphake. (*Ibid.*, II, 758.) — L'inspection de la viande dans les campagnes bavaroises, par Lebrecht. (*Ibid.*, II, 771.) — Encore sur l'inspection de la viande à la campagne, par Maier. (*Ibid.*) — Critique de la récente ordonnance prussienne sur les viandes de bêtes tuberculeuses, par Ostertag. (*Ibid.*, II, 774.) — Appréciation de l'ordonnance prussienne sur la viande d'animaux tuberculeux, par Schmaltz. (*Ibid.*, II, 775.) — De la désinfection des abattoirs et marchés aux bestiaux par le lysol, par Reuter. (*Ibid.*, II, 685.) — Appréciation au point de vue sanitaire de la viande des porcs atteints de rouget, par Ostertag. (*Ibid.*, II, 677.) — Nécessité d'installer des chambres frigorifiques dans les abattoirs, par Hagemann et par Schultze. (*Ibid.*, II, 586.) — Procédé commode pour doser les matières grasses du lait, beurre et fromage, par Emil Gottlieb. (*Ibid.*, II, 589.) — Bons effets de l'alimentation des vaches avec les graines de cotonnier sur la richesse en crême de lait, par Curtis et Carton. (*Ibid.*. II, 590.) — De l'examen du beurre, par R. Wollny. (*Ibid.*, II, 680.) — Des succédanés du café, par Moscheles et R. Stelzner. (*Ibid.*, II, 643.) — Examen microscopique des beurres, par Ferd. Jean. (*Ann. d'hyg. publiq.*, décembre.) — Les soins à donner aux malades contagieux au point de vue de la prophylaxie de la transmission, par F. Cramer. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 822, 15 août.) — Le four crématoire de Hambourg. (*Hyg. Rundsch.*, II, 815.) — Le dépôt mortuaire de la rue du Repos à Paris, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVIII, 77, juillet.) — Expériences d'abolition de la prostitution en Italie, par Tarnowsky. (*Gaz. hebd.*, *Paris.*, 17 décembre.) — La question de la prostitution, par Jessner. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 11.) — Origine et résidence des insoumises mineures, par Commenge. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Moyens de refréner la prostitution clandestine, par Nenadowic. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.)

Hypnotisme. — Hypnotisme, magnétisme animal et hystérie, par Hart. (*Brit. med. j.*, 3 décembre et suiv.) — Attaques de sommeil traitées par la suggestion hypnotique, par Edouard Hitzig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 19 septembre.) — Prolifération extraordinaire de verrues sur la face dorsale des deux mains, suggestion, guérison, par Gibert. (*Normandie méd.*, 15 novembre.) — Hypnose, suggestion hypnotique et criminalogie, par

Benedikt. (*Wien. med. Wochenschr.,* 44.) — 2 cas d'hystérie enfantine guéris par l'hypnotisme, par Thomas. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 406, 1er juillet.)

Hystérie. — Des états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience, par Laurent. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'hystérie, par Clarke. (*Brain*, 59 et 60, p. 522.) — De l'hystérie chez les enfants par F. Jolly. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 841, 22 août.) — Épidémie de convulsions hystériques dans une école rurale, par L. Hirt. (*Ibid.,* 12 décembre.) — Contribution à l'étude de la contagion hystérique ou des crises par imitation, crises hépatiques, par Joire. (*Bull. méd. du Nord*, 20, p. 205.) — Hystérie traumatique, par Orrego Luco. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 6.) — La suggestion chez les hystériques, par Janet. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau, par Ghilarducci. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Syndrome hystérique simulateur de la sclérose en plaques, par Cochez. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, par Bardol. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 6.) — Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections, par Babinski. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 novembre.) — Un cas d'hystérie convulsive terminé par la mort, par Comby. (*Ibid.*, 25 novembre.) — Paralysie systématisée de la face chez une hystérique, par Balut. (*Ibid.,* 14 octobre.) — Paralysies hystériques systématisées. Paralysie faciale hystérique, par Babinski. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Paralysie faciale hystérique, par Babinski. (*Ibid.*, 16 décembre.) — L'hystérie vaso-motrice, par Waton. (*Thèse de Montpellier.*) — Pseudo-méningite hystérique, par Carrier et Tuja. (*Lyon méd.* 4 décembre.) — De la névrite optique rétro-bulbaire chez les hystériques, par Leber. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 759. 25 juillet.) — Hémianesthésie hystérique chez un père et sa fille, par Placzek. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 1333, 26 décembre.) — Déviations hystériques de la langue et de la face, par E. Remak. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un jeune garçon, par Noguès. (*Midi méd.*, 3 décembre.) — Une variété nouvelle d'hystérie, tomomanie, par Schiffers. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — De l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif, par Géhin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur un cas d'automatisme ambulatoire, par L. Borri. (*Sperimentale*, 2, p. 21.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Progrès médical*, 10 décembre). — Un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, par Chatin. (*Province méd.,* 29 octobre.) — Anomalie de parole d'origine hystérique par Hammond. (*N. York neurol. Soc.*, 1er novembre.) — Du mutisme et de l'aphonie hystérique, par Botey. (*Archivos int. de rinologia*, III, 21.) — Boulimie accessionnelle hystérique avec troubles thermiques, par Stefani (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Deux cas d'anorexie hystérique, par Wallet. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière,* V, 5.) — Un cas d'hypertrophie des pieds et des mains avec troubles vaso-moteurs chez un hystérique, par Souques et Gasne. (*Ibid.*) — De la scoliose hystérique, par Vic. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Deux cas d'astasie-abasie hystérique, par Dubois. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Deux cas d'hystérie mâle compliquant l'influenza, par C. de Regibus et F. Gurgo (*Riforma medica*, 2 décembre.) — Automutilations d'une hystérique, par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 novembre.) — Hystérie développée chez une femme ovariectomisée, par Debove. (*Soc. des hôpitaux*, 18 novembre.) — Hystérique de 30 ans ayant subi 7 opérations graves

(néphrorraphie, laparotomie, ablation d'un orteil, etc., par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.)

I

Icthyose. — Icthyose de corps avec hyperidrose et eczéma de la face, par GOLDZIEHER. (*Berlin. klin. Woch.*, 937, 12 septembre.)

Impetigo. — Impetigo contagieux anormal, par LEDERMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1262, 5 décembre.) — De l'impetigo des enfants, affection contagieuse, inoculable et microbienne, par LEROUX. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 26 octobre.)

Inanition — Des altérations du système nerveux central et périphérique chez les animaux ayant succombé à l'inanition : recherches expérimentales, par A. PERI. (*Sperimentale*, p. 286.)

Infection. — Les défenses naturelles de l'organisme contre l'infection, par CHARRIN. (*Semaine méd.*, 10 déc.) — Des transformations morbides, contribution à l'étude des maladies infectieuses, par JASIEWICZ et DUBOUSQUET-LABORDERIE. (*Soc. de méd. prat.*, 24 novembre.) — De l'infection héréditaire, par DOHRN. (*Deutsche med. Woch.*, 37, p. 821.) — De quelques-unes des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant et principalement des infections cutanées, par SAINT-PHILIPPE. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er juillet.) — Rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses, par APPERT. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — De la recherche des gaz dans les infections, par A. TRAMBUSTI. (*Sperimentale*, p. 205.) — Les infections d'origine buccale, par MARCHANDÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 51, p. 804.)

Inflammation. — Étude historique et critique sur l'inflammation, par ZIEGLER. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 152.)

Injection. — La médication de Brown-Séquard, par HÉRICOURT. (*Rev. scient.*, 24 décembre.) — Nouvelles remarques sur les injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de nombre d'organes comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Élévations thermiques sous l'influence des injections des produits solubles microbiens, par BOUCHARD et CHARRIN. (*Acad. des sc.*, 26 décembre.) — Sur les injections sous-cutanées de caféine dans les états adynamiques, par BOITEUX. (*Rev. méd. Franche-Comté*, juillet.) — Les injections addisoniennes, par HUCHARD. (*Ibid.*, 46, p. 721.)

Intestin. — La régénération de l'épithélium intestinal d'après Bizzozero, par STŒHR. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Sur l'absorption intestinale des substances insolubles, par S. TOMASINI. (*La Riforma medica*, 7 octobre.) — Les névroses de l'intestin, par ANDRÉ. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 décembre.) — De la valeur du bactérium coli commune dans les diarrhées, par J. SIMON. (*Rev. gén. de clin.*, 47, p. 737.) — Des diarrhées lientériques et séro-muqueuses, par J. SIMON. (*Ibid.*, 49, p. 769.) — Sur un cas d'auto-intoxication intestinale avec poussées fébriles, par PHILIPPON. (*Loire méd.*, 15 décembre.) — De l'urobilinurie dans ses rapports avec l'état du tube intestinal, par E. BARGELLINI. (*Speri-

mentale, p. 119.) — De la constipation, particulièrement dans ses rapports avec les maladies des femmes, par Currier. (*N. York med. journ.*, 11 février.) — Traitement de la colite muco-membraneuse par lavements de bismuth, par Revilliod. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 767, novembre.) — Les amibes du colon, leur importance au point de vue du diagnostic et du pronostic, par Howard. (*Med. News*, 24 décembre.) — Quelques mots sur le pronostic de l'entéroptose, par A. Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 642.) — Des inflammations du cœcum, par Haslam. (*Lancet*, 31 décembre.) — Pérityphlite latente donnant lieu à un empyème pleural chez un enfant, par A. Baginsky. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Fausse appendicite, par Charles Kraffts. (*Rev. méd. Suisse romande*, décembre.) — Appendicite stercorale avec perforation sans péritonite. Mort par érysipèle apyrétique, par P. Jannin. (*Ibid.*, p. 712, octobre.) — 4 cas d'appendicite présentant quelques particularités intéressantes, par Mc Callum. (*Med. News*, 17 décembre.) — De la pleurésie droite comme complication de la typhlite et de la pérityphlite, par Croizat. (*Thèse de Lyon.*) — Mode de guérison de l'appendicite opérée sans résection, par Roux. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 646, septembre.) — Appendicite à rechutes, opérée dans l'intervalle des attaques, par Weeks. (*Transact. americ. surg. Assoc.*, X., p. 179.) — Traitement chirurgical de l'appendicite, ses limites, par Ashton. (*Therap. Gaz.*, 15 déc.). — *Idem.*, par Graham. (*Ibid.*). — Tumeur du cœcum amenant de l'invagination, opération le troisième jour, réduction de l'invagination, entérotomie, extirpation de la tumeur, mort, par Richardson. (*Trans. americ. surg. Assoc.*, X, p. 205.) — Appendicite localisée chez un enfant de trois ans. Laparotomie. Guérison, par Weiss. (*Rev. méd. de l'Est*, 21, p. 641.) — Nature et traitement des pérityphlites, par Sahli. (*Corres. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Traitement de la pérityphlite, par Roux. (*Ibid.*, p. 446, 15 juillet.) — Traitement de la pérityphlite, par Kottmann. (*Ibid.*, p. 452, 15 juillet.) — Rétrécissement de l'S iliaque par atrophie mésentérique et diverticules multiples du côlon. Étranglement. Laparotomie. Résection de l'intestin. Anus artificiel. Mort au bout de 15 jours, par A. Bier. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 541.) — Le traitement chirurgical de la pérityphlite, par Schede. (*Ibid.*, 23, p. 520.) — Épithélioma du gros intestin, résection, guérison, par Reverdin. (*Arch. prov. de chir.*, II, 1.) — Un cas d'entérokystome, par Nasse. (*Arch. f. klin. Chir.,* XLV, 3.) — Sur un cas de sphacèle de l'intestin grêle consécutif à une oblitération de l'artère mésentérique supérieure, par Halipré. (*Soc. anat. Paris*, novembre, p. 719.) — Résection de l'intestin grêle pour rupture causée par un lombric, par Dunlop. (*N. York med. journ.*, 11 février.) — Ablation du cœcum pour tuberculose, par Sachs. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — De l'emploi des tubes d'os décalcifié dans la chirurgie de l'intestin, de l'estomac et des voies biliaires, par Mayo Robson. (*Semaine méd.*, 7 décembre.) — De l'anastomose sans sutures, cholécysto-intestinale, gastro-intestinale et entéro-intestinale, recherches personnelles, par Murphy. (*N. York med. record*, 10 décembre.) — De l'entéro-anastomose comme remplacement de la suture circulaire de l'intestin, par Braun. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — 2 cas de résection de l'intestin, par H. Schlange. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Des résections intestinales, par Schlange. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Rupture traumatique de l'intestin grêle, entérorraphie, guérison, par Nélaton. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 600.) — De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et pour cancer, par Jeannel. (*Arch. prov. de chir.*, II, 1.)

Iris. — La dilatation de la pupille est-elle un phénomène d'inhibition ou

l'effet d'une contraction musculaire, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Valeur diagnostique de la perte de la réaction lumineuse pupillaire, note sur le groupe musculaire oculo-facial, par Turner. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 3.) — Déplacement total de l'iris avec rupture de la sclérotique et fissure de la cornée par coup de pied de cheval, par Wainewright. (*Ibid.*, p. 186.) — Guérison spontanée de la tuberculose irienne, tuberculose atténuée de l'iris, par von Duyse. (*Arch. d'opht.*, août.)

K

Kyste. — Kystes de l'iris, par Despagnet. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — Des kystes séreux congénitaux, par Gavonnoni. (*Thèse de Paris,* 28 décembre.) — Des kystes, par Coyne. (*Arch. clin. Bordeaux,* 1er décembre.) — Kyste dermoïde épithéliomateux de la face, par Pilliet. (*Soc. anat.*, décembre, p. 743.) — Kystes dermoïdes à contenu huileux, par Hartmann. (*Soc. anat. Paris*, 25 novembre, p. 705.) — Kyste colloïde multiloculaire de la petite lèvre gauche, par Monnier. (*Soc. anat.*, 9 décembre, p. 747.) — Épithélioma adénoïde kystique, par Brooke. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 12.)

L

Lacrymal (app.). — Les glandes acineuses de la conjonctive et les glandes lacrymales, par Terson. (*Thèse de Paris,* 22 déc.) — De l'élimination des larmes, par E. Scimemi. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, p. 291.) — Un cas de dacryo-adénite symétrique, par Snell. (*Transact. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XII, p. 51.) — Traitement de la dacryocystite chronique par le curettage, suivi du pansement à ciel ouvert, par Corny. (*Thèse de Paris*, 26 déc.) — Traitement de l'atrésie des conduits lacrymaux des nouveau-nés, par Peters. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, nov.)

Lait. — Morphologie de la sécrétion lactée, par J. Steinhaus. (*Archiv für Physiologie.* Supplément Band. p. 54.) — Sur la valeur du poids spécifique du lait de femme, par Biagini. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino,* novembre.) — Sur les phosphates du lait, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 1.) — Examen du lait de femme dans la pratique médicale, par Clopatt. (*Finska läkares. handlingar*, XXXV, 1.) — La quantité insuffisante de fer introduite dans l'organisme du nouveau-né par le lait, par Bunge. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Des causes de la facile coagulation du lait en temps d'orage, par Liebig. (*Hyg. Rundsch.*, II, 678.) — Sur la stérilisation du lait et les appareils domestiques les plus recommandables, par Stuker. (*Centralblatt f. oeffentl. Gesundheitspflege*, XI.) — De la teneur en souillures du lait vendu à Würtzbourg et de l'origine des bactéries du lait, par Schulz. (*Arch. f. Hyg.*, XIV, et *Hyg. Rundsch.*, II, 769.)

Langue. — Leucokératoses linguale et labiale avec état papillomateux et dé-

générescence épithéliale. Guérison durable, par L. Perrin. (*Marseille médical*, n° 22, p. 749.) — Plaques cicatricielles, leucoplasie de la cavité buccale, ses causes, par Erb. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 739.) — Macroglossie par angiome sanguin, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Revue médic. Suisse romande*, novembre.) — Sur un cas d'abcès de la base de la langue, par Hélary. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Chirurgie de la langue, revue critique, par Dandridge. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 101.) — Amputation totale de la langue avec pansement occlusif de la bouche, par D. Bani. (*Riforma medica*, 16 décembre.) — Extirpation totale de la langue, influence sur la parole, par Schultin. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Pince pour la langue, par Pearson. (*Lancet*, 31 décembre.)

Laparotomie. — L'incision dans la laparotomie, par Cripps. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 17.) — 2 cas d'invagination intestinale après la laparotomie, par Lindermann. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juin.) — Des adhérences péritonéales, 3 laparotomies, par Tipjakoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 31 décembre.) — Cinq cas de laparotomie pour traumatismes, par F. Sorrentino. (*Riforma med.*, 27 avril.) — Cinq cas de laparotomie exploratrice suivis de guérison, par E. d'Ursi. (*Ibid.*, 14 novembre.)

Larynx. — De l'existence de glandes dans les polypes et les nodules des cordes vocales, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, 37.) — Importance de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie pour le médecin praticien, par Trifiletti. (*Arch. ital. di laring.*, XIII, 1.) — Le régime et la digestion, leur influence sur la voix, par Mount Bleyer. (*N.-York county med. Assoc.*, 21 novembre.) — De la révulsion extralaryngée, par Barajas. (*Archivos int. de rinolog.*, novembre.) — De l'arthrite crico-aryténoïdienne aiguë et subaiguë de nature rhumatismale, par Compaired. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 1.) — De l'œdème laryngé par l'iodure de potassium, par Heymann, Rosenberg, etc. (*Soc. de laryng. de Berlin*, 23 octobre.) — Remarques sur l'œdème aigu primitif du larynx et surtout sur l'œdème iodique, par Avellis. (*Wien. med. Wochenschr.*, 46.) — De l'importance du diagnostic précis et rapide du siège et de l'intervention rapide dans les suppurations extralaryngées compliquées d'œdème de la glotte, par Toti. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Pathogénie et étiologie de quelques affections secondaires du larynx et du pharynx dans la dothiénentérie, par George-Vellat. (*Thèse de Lyon.*) — Quelques considérations à propos d'un cas de laryngo-typhus, par Tissier et Bellot. (*Ann. de méd.*, 21 décembre.) — Deux cas de lésions des cordes vocales dans la névrose traumatique, par Benno Holz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 829, 15 août.) — De l'examen laryngoscopique dans la névrose traumatique (critique du précédent), par H. Burger. (*Idem*, p. 1197, 21 novembre.) — Laryngisme striduleux ou spasme de la glotte, mort en moins de trois heures, par Greene. (*Med. News*, 3 décembre.) — Mort par laryngite striduleuse dans un cas de rachitisme, par Adams. (*Arch. of pediatrics*, 10 décembre.) — Etude du spasme glottique chez l'enfant, par Storm Bull. (*Nork. Mag. f. Lägevid.*, juillet.) — Le vertige laryngé et les ictus laryngés, par Ruault. (*Journ. de méd. Paris*, octobre.) — L'étude des paralysies laryngées depuis l'invention du laryngoscope, par Semon. (*Brain*, 59 et 60, p. 471.) — De la position médiane des cordes vocales, par Katzenstein. (*Soc. de laryng. de Berlin*, 23 octobre.) — Position des cordes vocales dans la paralysie du nerf recurrent, par N. Zuntz. (*Archiv für Physiologie*, p. 163.) — Paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, par Gouguenheim. (*Ann. de méd.*, 14 décembre.) — Paralysie bilatérale des abducteurs, cause inconnue, par

Wagner. (*N.-York med. Record*, 17 décembre.) — Paralysie de la corde gauche par compression ganglionnaire du nerf récurrent gauche chez un aortique, par Hélary (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.) — Traitement des paralysies laryngées, par Masucci. (*Soc. ital. di laring.*, 28 octobre.) — Hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale, tumeur vasculaire de la corde, par Dundas Grant. (*Brit. laryng. Assoc.*, 9 décembre.) — Laryngite tuberculeuse traitée par la tuberculine, par Renvers. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Traitement de la tuberculose laryngée, par Nicolai. (*Soc. ital. di laring.*, 28 octobre.) — Études cliniques sur la coexistence de la syphilis et de la tuberculose laryngées, par Fasano. (*Soc. ital. di laring.*, 26 octobre.) — De la laryngite tertiaire, par Gouguenheim. (*Union médicale*, 11 octobre.) — De l'électrolyse appliquée aux voies aériennes supérieures, par L. Grunwald. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 402.) — De la valeur des sutures dans le traitement des plaies chirurgicales ou par suicide des voies aériennes, par Morris. (*Lancet*, 24 décembre.) — Sténose du larynx, par Cheatham. (*Med. and surg. Reporter*, 10 décembre.) — Sclérome des voies aériennes, par Moskowitz. (*Pester med. chir. Presse*, 6.) — Sténoses cicatricielles sous-glottiques, par Massei. (*Soc. ital. di laring.*, 28 octobre.) — Instruments pour la dilatation du larynx rétréci après la trachéotomie, chez l'enfant, par Thost. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1149.) — Des tumeurs bénignes du larynx, par Gibb. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Papillomes du larynx, par Marsh. (*Midland med. Soc.*, 16 novembre.) — Nature et traitement des papillomes laryngés, par Massei. (*Soc. ital. di laringol.*, Rome, 6 oct.) — Tumeur kystique du larynx chez une femme de 80 ans, extirpation endo-laryngée, par Mackensie. (*Brit. med. j.*, 3 déc.) — Tumeur intra-laryngée montrant les difficultés du diagnostic du cancer intrinsèque du larynx, par Dunn. (*N. York med. journ.*, 17 décembre.) — De l'épithéliome du larynx, par Egidi. (*Soc. ital. di laring.*, 26 octobre.) — Cancer extrinsèque du larynx propagé à la cavité, ayant respecté les cordes vocales, conservation de la voix, par Hélary. (*Soc. anat. Paris*, 2 déc.) — Épithélioma du larynx, par Egidi. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 1.) — Extirpation de la moitié du larynx pour cancer d'une corde vocale sans récidive dix mois plus tard, par D. Kulenkampff et H. Noltenius. (*Berlin. klin. Wochen.*, 897, 5 novembre.) — Nouveau larynx artificiel, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 juillet et 1er août.) — Perfectionnement du larynx artificiel pour un cas d'extirpation totale du larynx, par Wolff. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Vingt-deux cas de tubage du larynx, par Ball. (*Lancet*, 26 novembre.) — Tubage pour rétrécissement du larynx chez un enfant de 12 ans, maintien du tube dix semaines, trachéotomie, mort de tuberculose généralisée, par Knight. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Tubage dans la paralysie laryngée hystérique, par Ascenso. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 11.) — Quatre cents cas de tubage du larynx, par Waxham. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 17 décembre.) — Accidents du tubage, par Lovett. (*Med. News*, 24 décembre.) — Nouvel outillage pour le tubage du larynx, par G. Baer. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.)

Lèpre. — Deux mots sur la lèpre. Est-elle héréditaire, contagieuse ou essentielle? par Buret. (*Journ. des mal. cutan.*, mai.) — La lèpre en Bretagne, par Zambaco-Pacha. (*Ann. de dermat.*, III, 12.) — De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées, par Lajard et Regnault. (*Progrès médical*, 12 novembre.) — Étude du sang dans la lèpre, par Winiarski. (*St-Petersb. med. Woch.*, 26 septembre.) — Nouvelles particularités d'un bacille semblable au bacille lépreux qui se développe dans les tentatives de culture de la lèpre tuberculeuse, par Campana. (*Riforma

medica, 21 décembre.) — Léprophophie, par Lutz. (*Journ. o. cut. dis.*, décembre.) — Perforation suite de tuberculose intestinale chez une lépreuse, par Rake. (*Brit. med. j.,* 3 décembre.)

Leucémie. — De l'état de la nutrition dans la leucémie, par May. (*Deut. Arch. f. klin. Med.,* 4, p. 393.) — Étude de la pseudo-leucémie, par Westphal. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, 1.) — Sur l'étiologie de la pseudo-leucémie, par Gabbi et Barbacci. (*Sperimentale,* XLVI, mém. orig., 5 et 6.) — Leucémie rapidement mortelle à la suite d'un traumatisme, par J.-E. Greiwe. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 825, 15 août.) — Sur un cas d'adénie avec suppuration ganglionnaire due au bacille typhique, par Lesage. (*Soc. de biol.*, 24 décembre.) — De l'utilisation des aliments dans la leucémie (digestibilité normale), par May. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 393.)

Lèvre. — Ulcère tuberculeux des lèvres et de la muqueuse génienne, par Hermann Mueller. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte,* 1er août.) — Lipome de la lèvre, par Edmunds. (*London path. Soc.,* 6 décembre.) — Myxosarcome de la lèvre supérieure chez une femme de 74 ans, par Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 766, novembre.)

Lichen. — Le lichen plan ou lichen de Wilson, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 13 décembre.) — Lichen plan chez un enfant, par Richter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens, par Brocq. (*Ann. de dermat.*, III, 11.) — Sur les lichénifications des téguments, par Giraud. (*Thèse de Bordeaux.*)

Lipome. — Deux cas de lipomes symétriques de la nuque et du cou, par Socin. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

Locomotion. — Étude de l'astasie-abasie, par Jolly. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'astasie-abasie traité avec succès par un bandage compressif, par Weill. (*Province méd.*, 11.) — Un cas d'astasie-abasie, par Prince. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, décembre.)

Lupus. — Lupus inoculé sur des plaies, par Wolters. (*Deut. med. Woch.*, 36, p. 808.) — Du lupus érythémateux, par Malcolm Morris. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Traitement du lupus par les injections de thiosinamine, par Hebra. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, 31 octobre.) — Tuberculine et tuberculocidine contre le lupus, par Van Hoorn. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 12.)

Luxation. — De la luxation de l'épaule en arrière ou luxation sous-acromiale, par Tillaux. (*France méd.*, 52, p. 817.) — De l'arthritisme dans les luxations anciennes du coude, par Ozanam. (*Thèse de Bordeaux.*) — Luxation simultanée des articulations radio-cubitales supérieure et inférieure, par Longmore. (*Lancet*, 10 décembre.) — Luxation de la phalangette du médius en arrière, par E. Revilliod. (*Revue méd. Suisse romande,* p. 716, octob.) — Luxation congénitale de la hanche. Opération de Hoffa, par J.-L. Reverdin. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, p. 444, 15 juillet.) — Luxation en haut de la hanche, par Stimson. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 157.) — Sur le traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sclérogène, par Le Fel. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche, par Lorenz. (*Cent. f. Chir.*, 17 décembre.) — Luxation incomplète du genou en dehors, par Didier. (*Normandie méd.*, 1er décembre.)

Lymphatique. — Varices lymphatiques congénitales, par Moty. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 852.) — Des adénites de la joue ou adénites de Poncet, par L.-H. Petit. (*Union médicale,* 24 décembre.) — Des hidrosadénites suppuratives disséminées, par Dubreuilh. (*Arch. de méd. exp.*, V, 1.) — Adénite aiguë diffuse et cellulite du creux axillaire, par Watson. (*Boston med. Journal*, 1er décembre.) — Étude des lymphangiomes, par Akerman. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 17.) — De la lymphémie, par Muller. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 47.) — Des suites de l'extirpation des lymphomes hyperplastiques et tuberculeux du cou, par Haehl. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 385.) — Sarcome ganglionnaire primitif du cou, ablation; récidive *in situ*, ablation secondaire, guérison, par Métaxas-Zany et Robert. (*Marseille méd.*, 1er août.) — Volumineux kyste lymphatique du côté droit du cou, par Nancrède. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 201.) — Kystes des ganglions lymphatiques, par Gillet. (*Ann. policlin. Paris*, juillet.)

M

Main. — Un cas d'opération de syndactylie congénitale des cinq doigts, par Tschudy. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Décortication traumatique du doigt annulaire, par Dufour. (*Normandie méd.*, 15 décembre.) — A propos d'une tumeur de la paume de la main (fibro-sarcome à myéloplaxes), par Reboul. (*Marseille médical*, 23, p. 772.) — Épithélioma du dos de la main, propagation aux vaisseaux et aux nerfs, par Reboul. (*Arch. prov. de chir.*, II, 2, et *Marseille médical*, 24, p. 812.)

Mal de mer. — Chlorobrome contre le mal de mer, par Gunning. (*Brit. med. j.*, 17 septembre.) — Du mal de mer, par Kramer. (*Prager med. Woch.*, 5 octobre.)

Maladie. — La spontanéité morbide, par Jaccoud. (*Progrès médical,* 26 novembre.) — Traité des maladies constitutionnelles, par Hoffmann. (In-8°, Stuttgard.) — Les maladies épidémiques de la côte occidentale d'Afrique, par Schoofs. (*Ann. d'hyg. publiq.*, octobre.)

Maladies prof. — De l'anémie des mineurs et spécialement des erreurs de diagnostic qu'elle produit, par Roux. (*Thèse de Lyon.*) — Essai sur la maladie des vagabonds, sa confusion possible avec la maladie d'Addison, par Grisel. (*Thèse de Lyon.*)

Malformation. — Des déformations artificielles internes et, en particulier, de la déformation oblique par propulsion unilatérale, par Le Floch. (*Thèse de Bordeaux.*) — Absence congénitale des deux cubitus, par Pringle. (*Journ. of Anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — Un cas d'hermaphrodisme, par Frank. (*Prager med. Woch.*, 21.) — Un cas d'absence complète d'extrémités supérieures, par F. Opfer. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1085.) — Pseudohermaphrodisme féminin extérieur vérifié à l'occasion d'une laparotomie, par Fehling. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

Mamelle. — Des variations de structure de la glande mammaire à la période d'activité, par Mori. (*Sperimentale*, mém. orig., XLVI, 5 et 6.) — Sécrétions mammaires chez le nouveau-né et l'adolescent, par H. Dauchez.

(*Rev. gén. de clin.*, p. 777.) — Inflammations aiguës inflammatoires de la mamelle, par ELY. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Sur la mammite tuberculeuse, par JUMON. (*France méd.*, 45, p. 705.) — Hypertrophie de la mamelle, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 22, p. 550.) — Adénome papillaire du sein, par TILLAUX. (*Soc. anat.* déc., p. 780.) — Fibrome du sein chez l'homme, par BEADLES. (*London pathol. Soc.*, 6 décembre.) — Mammite chronique chez l'homme, par ANDERSON. (*Ibid.*) — Du fibrome plexiforme de la mamelle, par NORDMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er septembre.) — Contribution à l'étude des tumeurs rares de la mamelle, par Daniele BAJARDI. (*Sperimentale*, p. 250.) — Un cas d'épithélioma cylindrique de la mamelle chez l'homme, par E. MICHELI. (*Ibid.*, p. 389.) — Écoulement de sang par le mamelon dans le cancer du sein, par CAHEN. (*Deut. med. Woch.*, 19.)

Massage. — Du massage pelvien, par WALTER. (*Americ. j. of obst.*, décembre.)

Maxillaire. — Rapports de la dure-mère enveloppant le nerf maxillaire inférieur avec l'articulation temporo-maxillaire, par FOWCETT. (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — Luxation de la mâchoire inférieure chez un enfant, par BAILEY. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.) — De la subluxation rétro-glénoïdienne et de la luxation de la mâchoire inférieure, par STEINER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure consécutive à une ancienne fracture sous-condylienne, ostéotomie à la partie supérieure de la branche montante, guérison avec intégrité des mouvements, par JALAGUIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 783.) — Du resserrement des mâchoires d'origine articulaire, par VON BERGMANN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Résection ostéoplastique du maxillaire supérieur, procédé de Rocher, par LANZ. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Résection de la moitié gauche de la mâchoire supérieure pour sarcome de l'antre d'Highmore chez une fillette de 9 ans, par KUMMER. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 648, septembre.) — Deux opérations plastiques pour résections du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur, par BARDENHEUER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 761, 25 juillet.) — Traitement des coups de feu des mâchoires et des parties molles voisines, par L. BRANDT. (In-8°, 40 p., Berlin.) — Étude des tumeurs du maxillaire par suite de développement anormal des dents, par HILDEBRAND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur, par SOULIGOUX et PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 30 décembre.) — Du cancer sous-maxillaire, son traitement, par OGSTON. (*Brit. med. j.*, 3 décembre.) — Étiologie et traitement de l'abcès de l'antre d'Highmore, par August KUCHENBECKER. (*Thèse Wurzbourg.*) — Valeur de l'éclairage par transparence dans les maladies de l'antre d'Highmore, par DUNDAS GRANT. (*Brit. laryng. Assoc.*, 9 décembre.) — Contribution à l'étude des affections de l'antre d'Highmore, par SCHWARTZ. (*Monats. f. Ohrenh.*, 9.) — Expériences personnelles sur l'empyème du sinus maxillaire, par GRADLE. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 31 décembre.) — Guérison spontanée de l'empyème de l'antre d'Highmore, par SIEBENMANN. (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre.) — Six cas d'empyème de l'antre d'Highmore, par NICOLAÏ. (*Soc. ital. de laryng.*, 26 octobre.)

Médecine (Histoire). — La mort des rois de France depuis François Ier, études médicales et historiques, par CORLIEU. (In-8°, 384 pag., *Paris.*) — Les hermaphrodites dans l'art, par RICHER. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 6.) — La doctrine spécifique, ses origines et son évolution, par COQUERELLE. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — Sur les affections veni-

meuses pendant la période gréco-romaine, principalement aux points de vue clinique et thérapeutique, par Grégoire. (*Thèse de Paris,* 15 décemb.) — Aperçu sur la corporation des médecins, chirurgiens, apothicaires, barbiers et sages-femmes de la ville et comté de Montbéliard, par Nardin. (Broch., *Paris.*) — Les quatrains anatomiques de Claude Brinet. (*Lyon méd.,* 25 décembre.) — Encore sur le spiritisme et la télépathie, par Tamburini. (*Rev. sper. di freniat.,* XVIII, 3 et 4.) — De la psychologie de Christine, reine de Suède, par de Sarlo. (*Riv. sper. di freniat.,* XVIII, 3 et 4.)

Médecine légale. — Trois questions relatives à l'exercice de la médecine, par Floquet. (*Revue d'hyg. publ.,* XXVIII, 65, juillet.) — Du pseudonyme dans l'exercice de la médecine. Vœu de la Société de médecine légale. (*Ibid.,* août.) — De l'exercice de la médecine en Algérie, par Branthomme. (*Thèse de Lyon.*) — Loi genevoise sur l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie. (*Revue médic. Suisse romande,* p. 719, octobre.) — De l'instruction pratique des médecins, à Berlin spécialement, par C. A. Ewald. (*Berlin. klin. Wochens.,* 7 novembre.) — L'enseignement médical en Angleterre, par Paul Strassmann. (*Berlin. klin. Wochens.,* 26 septembre.) — Loi française sur l'exercice de la médecine. (*Ann. d'hyg. publiq.,* décembre.) — Criminalité et médecine judiciaire dans l'Inde anglaise, par Hotchkiss. (*Thèse de Lyon.*) — De la réquisition des médecins par l'autorité judiciaire et des moyens d'y déférer, par Bichelonne. (*Thèse de Lyon.*) — Histoire de l'examen médico-judiciaire des cadavres en France, par Binet. (*Thèse de Lyon.*) — Question de secret professionnel, par Masbrenier. (*Ann. d'hyg. publiq.,* décembre.) — Étude médico-légale sur les rôles réciproques des traumatismes et de l'infection dans l'étiologie de la méningite, par Arnstein. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.,* IV, 249, octobre.) — Du moulage comme moyen d'enseignement médical, par Hennig. (*Wien. med. Wochenschr.,* 36.) — Sur les traumatismes du crâne étudiés au point de vue médico-judiciaire, par Maissiat. (*Thèse de Lyon.*) — Procédé d'autopsie des voies respiratoires supérieures, par Theod. Harke. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 744, 25 juillet.) — Sur le dosage des granules de digitaline et d'aconitine au point de vue médico-légal, par Yvon. (*Soc. de méd. lég.,* 12 décembre.) — Du libéricide ou meurtre des enfants mineurs par leurs parents, par Dumas. (*Thèse de Lyon.*) — Des sévices et mauvais traitements infligés aux enfants, par Duval. (*Thèse de Lyon.*) — Étude médico-légale sur la révélation punissable, l'article 378 du Code pénal, par Metzquer. (*Gaz. des hôp.,* 21 février.) — Inculpation d'attentat aux mœurs. Végétations périanales simulant la plaque muqueuse hypertrophique, par Jules Socquet et Alfred Fournier. (*Ann. d'hyg. publ.,* XXVIII, 56, juillet.) — Une erreur de sexe avec ses conséquences, par Guermonprez. (*Ibid.,* septembre et octobre.) — Les sujets de sexe douteux, leur état psychique, leur accessibilité au mariage, par Dailliez. (*Thèse de Paris,* 26 janvier.) — Rapport sur l'état mental d'un individu pour lequel est réclamée l'interdiction, par Jolly et Skrzeczka. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.,* IV, 207, octobre.) — Rapport médico-légal sur un mélancolique meurtrier de sa femme, par Kroemer. (*Ibid.,* octobre.) — Recueil de condamnations pour annonces de remèdes secrets, par Alb. Weiss. (*Ibid.,* XLIX, 170 et 38; L, 174 et 360; LII, 381; LIII, 157 et 346; 3e série, IV, supplément, 122, et V, 132.) — Larcins commis par une jeune faible d'esprit, par Chlumsky. (*Ibid.,* IV, supplément, p. 37, octobre.) — Des blessures corporelles graves au sens du Code pénal allemand, par Moritz. (*Ibid.,* IV, 282, et *Supplément,* p. 60, octobre.)

Médecine milit. — Le service de santé de première ligne, par Heuyer.

(*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — De la nécessité d'un corps hospitalier bien organisé dans l'armée nationale, par Greenleaf. (*Boston med. Journal*, 24 novembre.) — Instruction pour le personnel médical auxiliaire en temps de guerre, publié sur l'ordre du ministère bavarois de la guerre, par Jul. Port. (*Stuttgard.*) — L'hygiène à la revue du 14 juillet 1892, par Schneider. (*Rev. d'hyg.*, octobre.) — Du matériel médical à bord des bâtiments de la flotte; coffres à médicaments; à propos du nouveau règlement d'armement, par Gazeau. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Étude d'hygiène navale; le vêtement du marin, par Faucheraud. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'arsenal maritime de Rochefort, par Grimaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les effets des projectiles du fusil de 8 millimètres sur l'homme et le cheval, par J. Habart. (*Vienne.*) — Des blessures par coup de pied de cheval au niveau de la jambe chez les soldats montés, par Rau. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juillet.)

Mélanose. — De la mélanose arsénicale, par Müller. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.)

Méninge. — Méningite aiguë, son traitement, par Highley. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 décembre.) — La bactériologie des méningites aiguës, par Barbier. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 755.) — Méningite à pneumocoques survenue trois mois après une pneumonie, par Lhéritier de Chizelle et Prieur. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Un cas de pseudo-méningite hystérique, par Tuja. (*Province méd.*, 26 novembre.) — Symptôme rare de localisation corticale, dans la méningite tuberculeuse, par Matthes. (*Münch. med. Woch.*, 49.) — Pachyméningite hémorragique, par Markwald. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 901.) — Pathologie de la pachyméningite interne hémorragique, par Wiglesworth. (*Brain*, 59 et 60, p. 431.) — Contribution à l'étude de la méningite provoquée par la morve, par Alessandro Tedeschi. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 2.) — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère, par Delagenière. (*Arch. prov. de chir.*, II, 2.)

Menstruation. — De la menstruation dans les déplacements en arrière de l'utérus, par Herman. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIV, 3.) — Rétention menstruelle par imperforation de l'hymen, par Vanderveer. (*N. York med. Journ.*, 10 septembre.)

Moelle. — Sur la structure fine de la moelle, un cas de sclérose latérale amyotrophique, par Mingazzini. (*Riv. sper. di freniatria*, XVIII, 3 et 4, p. 469 et 680.) — Du rôle du cordon antéro-latéral ascendant, par Tooth. (*Brain*, 59 et 60, p. 397.) — État de nos connaissances sur le trajet des racines postérieures et leurs prolongements médullaires, par von Lenhossek. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Sur quelques fonctions de la moelle épinière, par Higier. (*Deutsche med. Woch.*, 18, p. 399.) — Des voies supposées de transmission dans la moelle épinière d'après les dégénérescences secondaires, par Bbown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Résultats de l'ablation d'une grande partie de la moelle épinière chez un chien, par Goltz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 759, 25 juillet.) — Des processus de dégénérescence et de régénération de la moelle chez le chien après section complète, par Keresztszeghy et Hannss. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 33.) — Des modifications anatomo-pathologiques de la moelle à la suite des décompressions, par Nikiforoff. (*Ibid.*, XII, 1, p. 222.) — Les maladies de la moelle, par Martin. (*Union médicale*, 13 décembre.) — Dégénérescence hyaline de la moelle, par Bulloch. *Brain.*

59 et 60, p. 411.) — Hématomyélie centrale, par MINOR. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 3.) — Discussion de la Société de médecine interne sur la myélite. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 814, 8 août.) — Myélite guérie par la suspension, par KISCHNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Hémilésion spinale (paralysie de Brown-Séquard) à type cervico-dorsal, consécutive à l'influenza, par EULENBURG. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 845.) — Un nouveau cas de syringomyélie, type Morvan, par SOUQUES. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 5, p. 286.) — Syringomyélie, autopsie, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Un nouveau cas de syringomyélie, type Morvan, par SOUQUES. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 5.) — Arthropathie grave dans un cas rare de syringomyélie, par MORISANI. (*Progresso med.*, 10 septembre.) — Deux cas de syringomyélie, par MANN. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 112.) — Étude de la syringomyélie, par BERNHARDT. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 3.) — Syringomyélie, maladie de Morvan et formes cliniques analogues, par PELLIZZI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Un cas de syringomyélie, par PAGENSTECHER. (*Deutsche med. Woch.*, p. 898.) — Syringomyélie, spina bifida, hydromyélie congénitale, par PAGENSTECHER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — Un cas de syringomyélie, par SCHULTZE. (*Ibid.*, 46, p. 1045.) — De la syringomyélie, par OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — La sclérose en plaques cérébro-spinale dans la pathologie infantile, par E. MEUSI. (*La Riforma medica*, 24 novembre, p. 530.) — Des paralysies spinales chroniques atrophiques, par OPPENHEIM. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 3.) — Des mouvements involontaires du repos chez les tabétiques, par GRASSET. (*Montpellier méd.*, 51, p. 1003.) — Symptômes tabétiques chez un sujet atteint autrefois de paralysie atrophique de l'enfance, par BARBE. (*France méd.*, 50, p. 785.) — Ataxie locomotrice chez un syphilitique (autopsie), par DINKLER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 759, 25 juillet.) — Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques, par DEJERINE. (*Semaine méd.*, 14 décembre.) — Deux cas de maladie de Friedreich, par F. FIORIOLI DELLA LENA. (*Il Morgagni*, octobre, p. 630.) — Diagnostic des manifestations pupillaires dans l'ataxie, par GUILLERY. (*Deutsche med. Woch.*, 52.) — Arthropathie tabétique. Résection du genou, par SICK. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1021.)

Monstre. — Un cas de monstre double, par RISSMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 10 décembre.) — Un cas d'acardiacus amorphus, par J. HELLER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXIX, 3.)

Morphée. — Morphée de la paupière inférieure et de la joue, par DODD. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XII, p. 31.)

Mortalité. — De la mortalité dans les quatre premières semaines de la vie, par ERÖSS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 1 et 2.) — Mortalité par tuberculose à Munich de 1814 à 1888, par Max WEITEMEYER. (*Munich.*)

Morve. — Action de l'extrait de sang de bœuf sur les animaux atteints de morve, par BABES. (*Acad. des sc.*, 12 décembre.) — L'action spécifique de quelques substances sur le développement et les propriétés pathogènes du bacille de la morve, par BONOME et VIVALDI. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 985.) — Des effets de la malléine sur les chevaux, par DIECKERHOFF et LOTHES. (*Hyg. Rundsch.*, II, 570 et 741.)

Muscle. — Contribution à l'étude de l'union intime des fibres musculaires lisses, par DE BRUYNE. (*Arch. de biol.*, XII, 3.) — Faisceaux anormaux

du muscle sterno-cléido-mastoïdien, par D'EVANT. (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti,* p. 149.) — Recherches sur la mécanique du muscle strié. Sur les contractions musculaires à caractère variable, par J. v. KRIES. (*Archiv für Physiologie,* p. 1.) — Mécanique générale des muscles, par G. SAUTESSON. (*Skandinavisches Archiv für Physiologie,* III, p. 381, et IV, p. 46 et 98.) — Variations de la force pendant le travail musculaire fatigant, par WARREN LOMBARD. (*The Journal of Physiology,* XIV, p. 97.) — De l'action de la pelletiérine sur les muscles, par Giusto CORONEDI. (*Sperimentale,* p. 314.) — Action des muscles du genou, par BUGNION. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte,* 15 octobre.) — A propos du paradoxe de Weber, par ROUXEAU. (*Arch. de physiol.,* IV, 1.) — Des variations corrélatives de la thermogenèse et des échanges respiratoires en fonction de la contraction musculaire, par LAULANIÉ. (*Soc. de biol.*, 24 décembre.) — L'action du froid et du chaud sur la fatigue des muscles de l'homme, par PATRIZI. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino,* novembre.) — De la régénération du tison musculaire strié chez l'homme et les animaux, étude expérimentale, par VOLKMANN. (*Beit. zur pathol. Anat.,* XII, 2.) — Absence unilatérale du platysma myoïdes (musculus subcutaneus ou latissimus colli), par ZINN. (*Centralblatt für allg. Path.,* 18 novembre.) — Recherches sur la myotonie congénitale, par THOMSEN. (*Arch. f. Psychiat.,* XXIV, 3.) — Paramyoclonus multiple héréditaire, par GUCCI. (*Riv. sper. di freniat.,* XVIII, 3 et 4.) — Myosite ossifiante, par STONHAM. (*Lancet,* 31 décembre.) — Un cas de myosite ossifiante, par POLLARD. (*Ibid.*) — Myosite chronique, par C. REYMOND. (*Revue médic. Suisse romande,* novembre.) — Myosite ossifiante multiple, progression, par J. BRENNSOHN. (*Berlin. klin. Wochens.,* 14 novembre.) — Trois cas d'atrophie musculaire progressive avec anesthésie à la température, par BATTEN. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 211.) — Atrophie musculaire spinale, progressive, chronique et familiale, par J. HOFMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet.) — Pathogénie expérimentale des atrophies musculaires des arthrites, par HOFFA (exactitude de la théorie réflexe de Vulpian). (*Ibid.*, p. 763, 25 juillet.) — De l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie cérébrale, par STEINER. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.) — Pseudohypertrophie musculaire, par SCHULTZE. (*Deutsche med. Woch.,* 46, p. 1045.) — Contusion des muscles, par TÉDENAT. (*N. Montpellier méd.,* 49, p. 963.)

Mycosis. — Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette, par HALLOPEAU et PHULPIN. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 décembre.) — Un cas de mycosis fongoïde avec gangrène progressive, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Ibid.*) — Deux cas de mycosis fongoïde à premier stade eczématiforme, par L. PHILIPPSON. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 975, 26 septembre.) — État actuel de la question du mycosis fongoïde, par PALTAUF. (*Ibid.,* 31 octobre.)

Myopie. — Contribution expérimentale à l'hygiène de la myopie, par POELLER. (*Arch. f. Hyg.*, XIII, et *Hyg. Rundsch.*, II, 811.) — Acuité visuelle dans les écoles de Lausanne, par COMBE. (*Revue médic. Suisse romande,* novembre.) — Myopie scolaire, par BELLIARD. (*Soc. d'opht. de Paris,* 6 décembre.) — Contribution à l'étiologie et à la prophylaxie de la myopie, d'après la statistique des yeux myopes observés à la clinique ophtalmologique de Nancy pendant l'année 1891, par KNŒPFLER. (*Rev. méd. de l'Est,* 20, p. 613.) — Développement de la myopie dans les écoles, par SULZER. (*Soc. méd. de Genève,* 2 novembre.) — Recherches sur l'hérédité de la myopie, par BACK. (*Thèse de Kiel.*) — Appareils préventifs de la

myopie, par SCHIESS. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre)

Myxœdème. — Deux cas de myxœdème traités par les injections thyroïdiennes, par BARRON. (*Brit. med. j.*, 24 décembre.) — Un cas de myxœdème avec aliénation traité par les injections de suc thyroïdien, par BEADLES. (*Ibid.*) — Quatre cas de myxœdème traités par les injections de suc thyroïdien, par HALE. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.)

N

Nerf. — Sur les anneaux des fibres nerveuses, par WLASSAK. (*Cent. f. Phys.*, VI, p. 297.) — Développement des terminaisons nerveuses motrices, par K. MAYS. (*Zeitschrft für Biologie*, XXIX, p. 41.) — Les formations annulaires des fibres nerveuses, par J. E. JOHANSSON. (*Archiv für Physiologie*, suppl. Bd., p. 41.) — Structure de quelques racines nerveuses de l'encéphale, par Rutilio STADERINI. (*Sperimentale*, p. 199.) — De la structure intime du plexus sacré envisagé surtout au point de vue de l'agencement de ses fibres nerveuses motrices, par ARNOULT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les terminaisons des nerfs dans les muscles striés volontaires et leurs altérations à la suite de la résection des troncs nerveux étudiés chez la grenouille, par A. SANDULLI. (*Giornale della Associazione napolitana di medici e naturalisti*, p. 105.) — De l'origine du nerf oculomoteur commun, par van GEHUCHTEN. (*La Cellule*, VIII, 2.) — Excitation des nerfs par les vibrations du diapason, par AXENFELD. (*Cent. f. Physiol.*, VI, p. 299.) — Remarques sur quelques observations de John Fergusson sur le nerf phrénique, par HENOCQUE. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Des effets circulatoires et respiratoires des excitations centrifuges du nerf vague, par DOYON. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Tétanos du myocarde chez les mammifères par excitation du nerf pneumogastrique, par ARLOING. (*Ibid.*). — Arrêt des échanges consécutif à l'excitation des pneumogastriques, par ROGER. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Conséquences de la section du vague, par L. KREHL. (*Archiv für Physiologie*. Supplément Baud., p. 278.) — Recherches physiologiques sur la réaction de dégénérescence, par KRAJEWSKA. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, p. 550 et 612.) — Sur la physiopathologie du récurrent, par MASINI. (*Soc. ital. di laring.*, 28 octobre.) — De la réaction galvanique des nerfs sensoriels, par KIESSELBACH. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.) — Mécanisme des dégénérations des nerfs périphériques et de la moelle, par O. ROSENBACH. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1012.) — Névrite brachiale bilatérale dans la phtisie, par HEYSE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 décembre.) — Névrite multiple, par Sidney MARTIN. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 3.) — Formes cliniques des névrites périphériques, par CHARCOT. (*Bull. méd.*, 21 décembre.) —Nouveaux cas de névrite puerpérale, par MOEBIUS. (*Münchner med. Woch.*, 45, p. 799.) — Des névrites périphériques infectieuses aiguës, par BONNET. (*Thèse de Lyon.*) — La névrite périphérique dans la maladie de Raynaud, par F. DE GRAZIA. (*La Riforma medica*, 6 octobre, p. 38.) — Cinq cas de scoliose dans la névralgie sciatique, par HIGIER. (*Deutsche med. Woch.*, 27, p. 627.) — Un cas d'érythromélalgie, par M. BERNHARDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 novembre.) — De l'érythromélalgie, par C. GERHARDT. (*Ibid.*). — De l'érythromélalgie, par H. SENATOR. (*Ibid.*) — Discussion de la Société des médecins de la Charité de Berlin sur l'éry-

thromélalgie. (*Ibid.*, 7 et 28 novembre.) — Des altérations anatomo-pathologiques dans la paralysie périphérique du nerf facial, par DARKEHEVITCH et TICHONOW. (*Med. Obosren.*, XXXVIII, 18.) — Des paralysies par élongation des nerfs, par DEBOVE et BRUHL. (*La médecine moderne*, 23 novembre, p. 730.) — De la dissociation dite syringomyélique dans les compressions et sections des troncs nerveux, mode de retour des sensibilités après l'opération, par CHARCOT. (*Soc. de biol.*, 10 décembre.) — De la résection de la 3[e] branche du trijumeau, procédé de Mikulicz, par DROBNIK. (*Arch. f. klin. chir.*, 45, XLV, 2.) — Sur la théorie des névromes, par FOREL. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1[er] novembre.) — Névrome plexiforme du cordon inguinal, par PILLIET. (*Soc. anat.*, décembre, p. 742.) — Des névromes plexiformes, par MESLET. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etude du névrome plexiforme, par TIETZE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Du névrome secondaire malin, par GARRÉ. (*Beit. z. klin. Chir.*, IX, 3.)

Nerveux (Syst.). — Sur quelques particularités de structure de l'hydres système nerveux, par ZOJA. (*Arch. ital, de biol.*, XVIII, 3.) — Fonctions des ganglions sympathiques, par WHITE. (*Brain.*, 59 et 60. p. 403.) — Sur la valeur des fondements des doctrines relatives au siège de la puissance motrice volontaire dans les centres nerveux, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Les affections nerveuses, traumatiques, essai de classification d'après 90 cas, par KNAPP. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — La mécanique du système nerveux, par O. ROSENBACH. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 961.) — Deux cas de rigidité spasmodique générale, par Dyce DUCKWORTH et TOOTH. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 263.) — Exalgine dans les affections nerveuses douloureuses, par KRAUSS. (*N. York med. journ.*, 10 décembre.) — Valeur du signe de Mannkopf (augmentation de la fréquence du pouls) dans les affections nerveuses, suite de traumatismes, par Artur STRAUSS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.)

Névrose. — Deux cas de névrose traumatique de deux jeunes enfants, par VIBERT. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — Signe objectif de la névrose traumatique, par PLACZEK. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1332, 26 décembre.) — Quatre cas de névrose traumatique par accident de chemin de fer, par HUEBSCHER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Contribution à l'histoire de la névrose traumatique, par NONNE. (*Deutsche med. Woch.*, 27, p. 629.) — Des troubles musculaires dans la neurasthénie, par BARRAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas singulier de topoalgie neurasthénique, V. FARNARA. (*Il Morgagni*, décembre.) — Etudes neuropathologiques, par Hugo GUGL et Antoine STICHL. (*Stuttgart.*) — Traitement des états anxieux des neurasthéniques, par Ewald HECKER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Observation de kynesthésie, par RANSOM. (*Brain*, 59 et 60, p. 437.)

Nez. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et des cavités accessoires, par ZUCKERKANDL. (Tome II, *Vienne.*) — L'organe de Jacobson, notes sur la cavité nasale, le conduit lacrymal du crocodile porosus, par MEEK. (*Journ. of anat.*, nouv. série, VII, 2.) — Cartilages surnuméraires du nez non nommés, par DOWNIE. (*Ibid.*, nouv. série, VII, 2.) — Traité des des maladies du nez et de la gorge, par BOSWORTH. (Tome 2, *New York.*) — La chirurgie du nez et des cavités accessoires, par HEATH. (*Brit. med. journ.*, 3 décembre.) — Asepsie ou antisepsie en chirurgie nasale, par FREUDENTHAL. (*N. York med. journ.*, 11 février.) — Relations entre les maladies de l'œil et celles du nez, par LIEVEN. (*Deutsche med. Woch.*, 48,

p. 1087.) — Cas de sigmatisme nasal (trouble de l'articulation), par Gutzmann. (*Berlin. klin. Wochens.,* 28 novembre.) — Quand surviennent à la suite des opérations nasales ou naso-pharyngées des inflammations de l'oreille ou des parties voisines, par M. Bresgen. (*Wien. med. Wochenschr.*, 45 à 47.)— Le nez et l'érysipèle, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Hydrorrée nasale, par Bean. (*N. York med. journ.*, 10 décembre.) — De la rhinite pseudo-membraneuse, par von Starck. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — De la rhinite hypertrophique et de l'aménorrhée, par Franz Oppenheimer. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Traitement de la rhinite hypertrophique par l'électrolyse, par Scheppegrell. (*N. Orleans med. journ.*, septembre.) — De l'ozène, par Nikitine. (*Arch. int. de laryng.*, VI, 1.) — Abcès de la cloison nasale, par Gates. (*Med. Age*, mars.) — De l'ulcère perforant de la cloison, par Otto. (*St-Petersb. med. Woch.*, 46.) — De la tuberculose nasale, deux observations, par Dionisio. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 12.) — La tuberculose nasale, par Dionisio. (*Gaz. degli ospit.,* 144.) — Leçons sur la syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine et sur les lésions blennorragiques du nez, par Cozzolino. (62 p., *Florence.*) — Du traitement mercuriel de quelques scrofulides nasales, par Fasano. (*Soc. ital. di laring.*, 27 octobre.) — Syphilis secondaire nasale, par Dieulafoy. (*Ann. de méd.*, 7 décembre.) — De la morve nasale chronique, par Poli. (*Soc. ital. di laring.*, 28 octobre.) — Végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, par North. (*Intern. med. Magaz.*, 11.) — Succès du massage dans les affections chroniques du nez, par Anton. (*Prager med. Woch.*, 49.) — Du massage vibratoire appliqué à l'oto-rhino-laryngologie, par Felici. (*Rev. intern. de rhinol.*, III, 3.) — Quelques-unes des causes les plus communes de sténoses nasales, par Merrick. (*N. York med. record*, 17 décembre, p. 715.) — Oblitération congénitale de la narine droite chez un garçon de 19 ans. Opération au galvano-cautère. Mort au bout de six jours, par V. Lange. (*Deutsche med. Woch.*. 27, p. 667.) — — Synéchie osseuse du nez, par Th. S. Flatau. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1315, 19 décembre.) — Occlusion congénitale d'une fosse nasale, par Hovorka. (*Wiener kln. Woch.*, 40.) — Des déformations de la cloison du nez et de leur traitement, surtout par l'électrolyse, par Boland. (*Gaz. méd. de Liège*, décembre.) — Deux cas d'abcès des sinus frontaux, par Beccaria. (*Ann. di ottalm.*, XXI, p. 359.) — Diagnostic et traitement des maladies des sinus accessoires des cavités nasales, par Strazza. (*Soc. ital. di laring.*, 27 octobre.) — La chirurgie des sinus frontaux, par Mayo Collier. (*Brit. laryng. assoc.,* 9 décembre.) — Observation de suppuration du sinus frontal par Lennox Browne. (*Ibid.*) — Empyème du sinus frontal, par Grant, Scott. (*Ibid.*). — Empyème des sinus frontaux, suppuration, guérison par première intention, par Valude. (*Bull. soc. de laryng. de Paris*, décembre.) — Des suppurations nasales, en particulier des lésions de l'ethmoïde et du sphénoïde et de leur traitement chirurgical, par Grunwald. (*Munich*, 1893.) — Sur un signe de la suppuration des cellules ethmoïdales antérieures, par Ruault. (*Bull. soc. de laryng. de Paris*, décembre.) — Un cas de carie des parois du sinus sphénoïdal, par Flatau. (*Arch. ital. di laring.*, XIII, 1.) — Les affections aiguës et chroniques des sinus sphénoïdaux, par Max Schœffer. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1061.) — Des calculs du nez, par Gerber. (*Ibid.*, 51, p. 1165.) — Etude du rhinosclérome, par Stepanow. (*Med. Obosrenie*, XXXVIII, 20.) — Tumeur tuberculeuse de la cloison, par Onodi. (*Pester med. Presse*, 26.) — Sur un cas rare de polype de la cloison nasale, par Lange. (*Wiener med. Presse*, 25 décembre.) — Polypes nasaux implantés sur le tissu sphéno-palatin, par Zarniko. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — De la fréquence relative des différentes formes de polypes du nez chez les

enfants, par R. Kafemann. (*Ibid.*, p. 1040, 10 octobre.) — Même sujet. Réponse par Hopmann. (*Ibid.*, p. 1122, 31 octobre.) — Polype nasal avec prolongement pharyngien chez une jeune fille, par J.-L. Reverdin. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 444, 15 juillet.) — Myxome du nez et fibro-myxome du pharynx nasal, par Dabney. (*Americ. Practitioner*, 22 octobre.) — Du traitement par l'électrolyse des polypes naso-pharyngiens, par Normand. (*Thèse de Bordeaux.*) — Angiome du nez, par Bellows. (*Journ. of opht. and laryng.*, octobre.) — Notes sur les affections malignes du nez, par Douglass. (*N. York Acad. of med.*, 28 décembre.) — Sarcome des fosses nasales, opération, guérison, par Milligan. (*Brit. laryng. Assoc.*, 9 décembre.) — Epithélioma de la cloison nasale, présence de psorospermies, par Clarke. (*London pathol. Soc.*, 20 décembre.)

Nutrition. — Effets de substances chimiques de même constitution sur l'organisme animal, par W. Gibbs et E. Reichert. (*Archiv. für Physiologie. Supplement Band*, p. 259.) — Conditions des processus d'oxydation interstitiels, par Jaquet. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.)

O

Obésité. — Polysarcie lipomatode, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens*, 4 juillet.) — Traitement de l'obésité, par Hirschfeld. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale, par Barton. (*Med. News*, 26 novembre.) — De l'obstruction intestinale. (Quelques cas curieux), par Buchanan. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.) — Pathologie de l'iléus et du pseudo-iléus, par Reichel. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Analyse de 28 cas d'invagination, par Eccles. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 97. — 9 cas d'obstruction intestinale, par Tunnicliffe. (*Ibid.*) — Occlusion intestinale et hernies intra-abdominales consécutives aux lésions des organes génitaux chez la femme, par Stratz. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — De l'occlusion intestinale, par Kummer. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 649, septembre.) — Invagination de l'S iliaque enlevé par Barker. (*Brit. med. j.*, 3 décembre.) — Étranglement récidivant dû à un obstacle dans l'S iliaque. Introduction de toute la main, guérison, par A. Bier. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 541.) — Invagination iléo-cœcale, laparatomie, anus artificiel, extirpation de l'anse invaginée, entéroanastomose, mort, par A. Bier. (*Ibid.*, 23, p. 539.) — Neuf cas d'invagination du petit intestin dans le gros, par Max Baur. (*Berlin. klin. Wochens.*, 15, 22 et 29 août.) — Sur un cas d'invagination, par Hulke. (*Lancet*, 10 décembre.) — Traitement de l'iléus consécutif aux opérations, par Klotz. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 décembre.) — Résultats de 18 opérations pour étranglement interne, par Julliard. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 493.)

Œdème. — De l'œdème angio-névrotique, par Collins. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Œdème aigu angio-névrotique, par Mueller. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte.* (1er juillet.) — Nouveau microorganisme de l'œdème diffus, par Harris. (*Journ. of pathol. and bacter.*, I, 3.) — De l'hydrémie, par Hammerschlag. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.)

Œil. — Des vaisseaux et des clasmatocystes de l'hyaloïde de la grenouille, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 26 décembre.) — Sur une relation nouvelle entre les variations de l'intensité lumineuse et les numéros d'ordre de la sensation, déterminée au moyen d'un lavis lumineux, par Henry. (*Acad. des sc.*, 14 novembre.) — Réaction galvanique de l'appareil visuel, par A. Hoche. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet.) — Études d'ophtalmoscopie, par Dimmer. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 4.) — Introduction à un cours d'ophthalmologie, par Verrey. (*Rev. médic. Suisse romande*, oct.) — Quelques moyens auxiliaires d'enseignement ophthalmologique, par Haab. (*Corresp.-Bl. f. schweitz. Aerzte*, p. 409, 1er juillet.) — Sur les verres de contact, par Dor. (*Lyon méd.*, 4 décembre et *Rev. gén. d'opht.*, XI, 11.) — Des épreuves visuelles, par Steiger. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — De la vision chez les employés de chemins de fer, par Standish. (*Boston med. Journal*, 8 décembre.) — État des yeux dans les écoles de Lausanne, par Eperon. (*Revue médic. Suisse romande*, octobre.) — Rapport de l'organe visuel et de ses affections avec les autres maladies du corps et de ses organes, par M. Knies. (*Wiesbaden.*) — Les causes de la cécité chez les pensionnaires de l'hospice des Quinze-Vingts, par Trousseau. (*Union médicale*, 29 octobre.) — Quelques notions d'hygiène oculaire à l'usage des familles, pensionnats, etc., par Lacompte. (*Bruxelles.*) — L'œil et le foie, par Vincent. (*Thèse de Lyon.*) — Exposé critique des procédés permettant de reconnaître la simulation ou l'exagération de troubles visuels, par Carl Specht. (*Thèse Bonn*, 1891.) — Procédé destiné à découvrir la simulation de l'amaurose unilatérale, par Coronat. (*Province méd.*, 12 novembre.) — L'œil des musiciens, 62 examens, 25 normaux, 20 myopes, 3 hypermétropes, 8 astigmates, 8 lésions diverses, par Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mars.) — Études cliniques et anatomo-pathologiques sur l'ophtalmie sympathique, par Schirmer. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 4.) — Blanchiment symétrique des cils et des sourcils dans un cas d'ophtalmie sympathique, par Waren Tay. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 29.) — Contribution à l'étude de l'érythropsie, par van Millingen. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Accès d'érythropsie chez une aveugle, par Berger. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 2.) — Étude de la cécité psychique, par Muller. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 3.) — Deux cas d'affection du nerf optique, l'une traumatique, l'autre grippale, par Jul. Pfister. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Atrophie optique héréditaire, par Taylor. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 146.) — Idem, par Thompson. (*Ibid.*, p. 156.) — Deux cas de névrite optique double, suite de grippe, par Snell. (*Ibid.*, p. 162.) — Sur le traitement des atrophies du nerf optique et des rétinites, par Bacchi. (*Ann. policlin. Paris*, avril.) — De la fatigue du champ visuel et ses rapports avec le rétrécissement concentrique du champ visuel dans les affections du système nerveux central, par Kœnig. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — L'amblyopie transitoire, par Antonnelli. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Synchysis étincelant et spinthéropie, par Sgrosso. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 11.) — Des amblyopiatriques, par Gould. (*Med. News*, 31 décembre.) — Effets relatifs de l'homatropine et de l'atropine sur l'accommodation de l'œil asthénopique, par Baxter. (*Opht. record*, juillet.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, par Roché. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des maladies oculaires par les injections sous-conjonctivales de sublimé, par Darier. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 28 décembre.) — Formations calcaires dans l'œil, par Minney. (*Opht. record*, juillet.) — Introduction des cils dans la chambre antérieure de l'œil, par Valude. (*France méd.*, 49, p. 770.) — Recherches sur les amauroses par contusion, par Munchow. (*Thèse de Halle.*) — Arrache-

ment de l'œil, par Despagnet. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 décembre.) — Conditions réclamant l'énucléation du globe de l'œil, par Carmalt. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 137.)

Œsophage. — Statistique et pronostic des brûlures caustiques de l'œsophage et des rétrécissements consécutifs, par von Hacker. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Sur un nouveau signe du rétrécissement de l'œsophage, par Vanni. (*Riv. clin. e terap.*, 7, p. 389.) — Sondes métalliques flexibles pour le traitement des rétrécissements de l'œsophage, par Rosenheim. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 811, 8 août.) — Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage par ulcère peptique ; expériences physiologiques sur l'estomac, par Ewald. (*Ibid.*, p. 938, 12 septembre.)

Olfaction. — Recherches sur le sens olfactif, par Reuter. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — Sur le développement du nerf olfactif chez la Lacerta muralis, par Chiarugi. (*Monit. zool. ital.*, III, 10 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 3.)

Orbite. — Hémorragies orbitaires chez les jeunes enfants, par Spicer. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 33.) — Névrome orbitaire du volume d'une noix, par Wherry. (*Ibid.*) — Exostose de l'orbite, par Beaumont. (*Ibid.*, p. 41.) — Tumeurs symétriques, sarcome, des orbites, par Juler. (*Ibid.*, p. 44.) — Un cas d'emphysème traumatique de l'orbite, par Guhl. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Transplantation de toute la cavité orbitaire par la méthode Thiersch, par W. von Noorden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.)

Oreille. — Sur la membrane tympanique de la rana esculenta, par Bertelli, (*Arch. ital. de biol*, XVIII, 3.) — L'antre mastoïdien chez les enfants. par Cheatle. (*Lancet*, 3 décembre.) — Matériaux pour servir à l'étude anthropologique du pavillon de l'oreille, par Wilhelm. (*Rev. biol. nord de la France*, IV, 12.) — Sur les fonctions tubo-tympaniques, par Bonnier. (*Soc. de biol.*, 26 novembre.) — Mécanisme de la déglutition et de l'ouverture des trompes chez un malade dépourvu d'appareil palatin, par Bonnier. (*Bull. soc. de laryng. Paris*, décembre.) — Etude historique, critique et expérimentale de l'action des courants continus sur le nerf acoustique à l'état sain et à l'état pathologique, par Morel. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des affections de l'œil et de l'oreille, par Couetoux. (*Ann. d'ocul.*, décembre.) — Traité d'otiatrie, par W. Kirchner. (*Berlin.*) — Manuel d'otiatrie, par K. Burkner. (*Stuttgart.*) — Les maladies de l'oreille et leur traitement par A. Hartmann. (*Berlin.*) — Sur l'examen fonctionnel de l'oreille normale, par Siebenmann. (*Arch. of otology*, XXII, 1.) — Résultats de l'examen fonctionnel dans les cas de catarrhe pur de la trompe, par Siebenmann. (*Ibid.*, XXII, 1.) — Spasme réflexe binauriculaire causant la surdité, par Gellé. (*Soc. de biol.*, 10 décembre.) — Formation de vésicules dans l'oreille, par Swain. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3 et 4.) — Sur un cas de périchondrite séreuse symétrique du pavillon des deux oreilles, par Gradenigo. (*Arch. ital. di otol.*, I, 1.) — Extraction de l'oreille d'une membrane épidermique longue de 10 centimètres, par Treitel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 812, 8 août.) — Pseudo-membranes fibrineuses dans le conduit auditif externe à la suite de l'otite grippale, par Davidson. (*Deutsche med. Woch.*, 41, p. 916.) — Le traitement du nez et de la gorge comme cause d'affections de l'oreille moyenne, par Barr. (*Lancet*, 17 décembre.) — Note sur l'emploi de la vaseline dans le traitement de certaines affections de l'oreille moyenne, par Delstanche. (*Bull. Acad. de

méd. Belgique, 10, p. 968.) — Des injections de vaseline dans la caisse par la voie de la trompe, par Delstanche. (*Rev. int. de rhinol.*, décembre.) — Appareil de précision pour les insufflations et la médication de la caisse, par Hubbard. (*Arch. of otology.*, XXII, 1.) — Traitement des otorrhées dites scrofuleuses et des rhinites chroniques, par Isaia. (*Soc. ital. di laring.*, 27 octobre.) — Action thérapeutique de l'antipyrine dans les otites et les cystites, par Cazeneuve. (*Soc. méd. Lyon*, 7 décembre.) — Idem, par Cuinier. (*Thèse de Lyon.*) — L'oxyquineseptol ou diaphthérine en otiatrie et rhiniatrie, par Rohrer. (*Corresp.-Blatt. f. schweitz. Aerzte,* 1er novembre.) — L'otoscléronectomie dans le catarrhe chronique de l'oreille. (*Med. News*, 24 décembre.) — De l'avulsion de l'étrier dans les otites moyennes chimiques catarrhales et suppuratives, par Jack. (*Boston med. Journal*, 10 et 17 novembre.) — Examen histologique de deux rochers d'une fillette sourde, à la suite de scarlatine, morte de méningite suppurée, par Moos. (*Arch. of otology.*, XXII, 1.) — De la percussion de l'apophyse mastoïde ; un nouveau cas de carie diabétique de cet os, par Kœrner et Wild. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3.) — Endocardite infectieuse droite de nature pyohémique consécutive à une otite suppurée, par Huchard et Lieffring. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 30 décembre.) — Pathologie des suppurations de l'oreille, par Field. (*Brit. med. j.,* 3 décembre.) — Contribution à l'anatomie pathologique des complications endocraniennes des suppurations auriculaires, par Toti. (*Sperimentale*, 30 novembre.) — Contribution à l'étiologie des suppurations auriculaires de la première enfance, par Max Flesch. (*Berlin. klin. Wochens.*) — De l'extension des lésions de la caisse à la cavité cranienne par le canal carotidien, par Kœrner. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3 et 4.) — Contribution à l'étude des abcès intra-craniens d'origine otique, par Picqué et Février. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Quelle conduite à tenir dans un cas de suppuration chronique de l'oreille, par F. Roux? (*Rev. gén. de Clin.*, 48, p. 760.) — Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites infectieuses, par Orgogozo. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Indications thérapeutiques dans les complications intra-craniennes des suppurations de l'oreille, par Cozzolino. (*Rassegna di sc. med.*, novembre.) — Ablation de l'étrier, par Blake. (*Arch. of Otology.*, XXII, 1.) — Méthodes récentes d'ouverture de l'antre mastoïdien, par Robertson. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — 2 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, par Peugniez. (*Rev. intern. de rhinol.*, III, 3.) — Absence totale unilatérale du labyrinthe causée par une otite scarlatineuse, par Mygind. (*Arch. of Otology.*, XXII, 1.) — Un cas de nécrose primitive du labyrinthe avec paralysie faciale, par Tœplitz. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, 3.) — Les maladies du labyrinthe et leur diagnostic, par Masini. (*Soc. ital. de laring.*, 27 octobre.) — Troubles de l'équilibre dans les affections organiques des canaux semicirculaires, par Moos. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet.) — 3 faits de troubles de l'ouïe liés à une névropathie, par Gellé. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Lésions du labyrinthe dans un cas de surdité par leucémie, par Wagenhauser. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIV, 3.) — Maladie de Ménière par Tsakyroglous. (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre.) — Nouvelle méthode de traitement de l'otalgie tympanique, par E. Max. (*Wien. med. Wochenschr.*, 31.) — Des affections tuberculeuses de l'oreille, par Umpfenbach. (*Thèse d'Erfurth.*) — Sur un nouveau cas d'otolithe, par Secchi. (*Arch. ital. di otol.*, I, 1.) — Sur l'origine infectieuse de l'othématome des aliénés, par Pellizzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Quelques cas de cholestéatomes de l'oreille moyenne opérés par Siebenmann. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Othématome, par Field. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, décembre.) — Un cas d'exostose du conduit au-

ditif externe ; ablation ; grande amélioration de l'ouïe, par Roosa. (*Boston med. journal*, 17 novembre.) — Fibrome auriculaire d'origine inflammatoire, par Audoin et Pilliet. (*Soc. anat.*, décembre, p. 780.) — Tumeur cistoïde du pavillon de l'oreille, par J.-L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Rev. médic. Suisse romande*, novembre.) — Kyste du pavillon de l'oreille, opération, guérison sans déformation, par Albespy. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre. — Épithélioma de l'oreille, excision et greffe cutanée, par Meyer. (*N. York Acad. of med.*, 12 décembre.)

Os. — De l'angle de déclinaison de l'humérus à l'état normal et à l'état pathologique, par Rosaire. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la théorie de la croissance des os, par Bendikt. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 529.) — Notes sur l'acromion, par Macalister. (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — Les os contiennent-ils de la mucine, par Young. (*Journ. of physiol.*, XIII, p. 803.) — De l'ostéo-arthrite infectieuse des jeunes oies, par Lucet. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 12.) — Ostéomyélite centrale suppurée du péroné survenue spontanément à la suite de furoncles de l'avant-bras, résection, guérison, par Charvot. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 808.) — Diagnostic différentiel des tumeurs et des inflammations des os, par Marsh. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 7.) — De la nécrose phosphorée, par Johannes Naumann. (*Munich.*) — Des exostoses ostéogéniques, par Brun. (*Thèse de Paris,* 21 décembre.) — Exostose ostéogénique de l'extrémité inférieure du fémur entourée d'une bourse séreuse ; hygroma chronique avec épanchement séro-sanguinolent, par Reboul. (*Marseille méd.*, 1er août.) — Exostose ostéogénique de la première côte comprimant le plexus brachial, et causant de violentes douleurs névralgiques. Opérations successives à 8 ans de distance, sur la tumeur osseuse et sur la cicatrice de la première opération, guérison, par Verneuil. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 744.) — Terminaison rare d'exostoses cartilagineuses multiples, par Hartmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — L'ostéotomie linéaire et cunéiforme, par G. Joachimsthal. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 849, 22 août.) — Ostéotomie linéaire courbe. Résultats définitifs, par Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre.) — De l'ostéoplastie au point de vue clinique et expérimental, par Schmitt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Fibro-sarcome parostéal, par Marmasse et Pilliet. (*Soc. Anat.*, décembre, p. 782.) — Ostéosarcome du fémur ; désarticulation, par J. L. Reverdin. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 405, 1er juillet.) — Sarcome périostique du fémur, par Adler. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Ostéosarcome du fémur, par Braun. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1043.) — La question du cancer primitif des os, par Geissler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — De l'ostéomalacie, par Fehling. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Ostéomalacie chez une femme enceinte, castration, par Rasch. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — De l'oophorectomie bilatérale comme moyen curatif de l'ostéomalacie, par E. Kummer. (1 cas personnel et tableau synoptique de 37 autres opérations de castration.) (*Revue méd. Suisse romande,* XII, 409, juillet.) — Traitement de l'ostéomalacie. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 février.)

Ovaire. — Anatomie pathologique de la salpingo-oophorite, par Popoff. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Présence de sporozoaire dans le follicule de Graaf et dans l'œuf chez le lapin, par Podwyssozki. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 15 août.) — Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, par Dohrn. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1044.) — De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus ; indications opératoires qui en résultent, par Monod. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er novembre.) — Du tératome

de l'ovaire, par EMANUEL. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — Kyste dermoïde de l'ovaire très mobile. Ovariotomie pendant la grossesse ; suites éloignées de l'opération, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 11 décembre.) — Ovariotomie à 78 ans 1/2, par SMITH. (*Lancet*, 24 décembre.) — Deux cas d'ovariotomie double pendant la grossesse, par MEREDITH. (*Trans. obst. soc. London*, XXXIV, 3.) — 2e série de 100 ovariotomies, par OMORI et IKEDA. (*Cent. f. Gynaek.*, 31 décembre.)

P

Palais. — De la sensibilité gustative du voile du palais, par GOISIN et VIGNE. (*Marseille méd.*, 14, p. 447.) — Perforations des piliers antérieurs, par FOWLER. (*Lancet*, 24 décembre.) — Deux cas de papillomes de la luette, par GRAZZI. (*Soc. ital. di laring.*, 26 octobre.) — Tumeurs malignes de la voûte palatine, par VILLEQUEZ. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Une méthode d'autoplastie pour les difformités du palais, par NAUMANN. (*Cent. f. Chir.*, 31 décembre.)

Paludisme. — Les plasmodies des affections paludéennes, par RUGE. (*Hyg. Rundsch.*, II, 798.) — Les plasmodies de la malaria dans un cas de fièvre intermittente des tropiques, par BEIN. (*Deutsche med. Woch.*, 38, p. 849.) — Les parasites de la malaria et la nature de l'infection malarienne, par MARCHIAFAVA et BIGNAMI. (*Deutsche med. Woch.*, 51, p. 1157.) — La nature de l'infection malarienne, par BACCELLI. (*Deutsche med. Woch.*, 32, p. 721.) — Recherches sur les causes provocatrices de la malaria, par KAMEN. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 57.) — Sur les localisations multiples que l'infection palustre peut produire dans l'organisme humain et plus spécialement dans les centres nerveux, par P. MOSCATO. (*Morgagni*, octobre.) — Convulsions et malaria, par STANBRO. (*Med. News*, 17 décembre.) — Le paludisme chronique, par CATRIN. (In-18, *Paris*.) — La transformation des fièvres remittentes paludéennes en fièvres intermittentes comme mode de traitement, par H. GRAY. (*N. York med. record*, 5 novembre.) — Discussion sur l'impaludisme à la Société des médecins de la Charité. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — La fièvre intermittente à Brookline, par CHASE. (*Boston med. Journal*, 15 décembre.) — Formes complexes et suites de la fièvre intermittente, par CUTTS. (*Ibid.*, 15 décembre.) — La malaria à Boston, par TOWNSEND. (*Ibid.*, 29 décembre.) — La malaria à Cambridge, par STEVENS. (*Ibid.*, 29 décembre.) — Examens du sang dans les affections paludéennes de l'Afrique orientale et traitement des accès pernicieux, par KOHLSTOCK. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 907, 5 septembre.) — Malaria, rupture de la rate à la fin de la première semaine, par PALMER. (*Lancet*, 24 décembre.) — Sur la thérapeutique directe de l'hypertrophie splénique de l'impaludisme, par F. BRANCACCIO et A. SOLARO. (*Gli Incurabili.*)

Pancréas. — Un pancréas accessoire, par J. NAUWERCK. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 29.) — Les fonctions du pancréas et leurs rapports avec la pathogénie du diabète, par CAVAZZANI. (In-8°, *Venise.*) — Sur l'influence de l'antipyrine sur les propriétés des ferments pancréatiques, par BOUSQUET. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'inflammation aiguë du pancréas, par FITZ. (*Boston med. Journal*, 15 décembre.) — De l'inflammation du pancréas,

par NOYES. (*Ibid.*, 15 décembre). — Apoplexie pancréatrique, par STOJANOVITZ. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Kyste du pancréas, par HULKE. (*London clin. Soc.*, 25 novembre.) — Des kystes séreux du pancréas, par FAUCILLON. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.)

Pansement. — Des pansements stérilisés aseptiques et antiseptiques, par DÜHRSSEN. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De l'asepsie, par Max JAFFÉ. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 novembre.) — L'emploi des tubes à drainage et des ligatures, la possibilité de désinfecter la peau, recherches bactériologiques, par ROBB. (*Americ. j. of obst.*, décembre.) — Cellulose encollée, succédané du pansement de Walltuch à la colle de bois, par C. HÜBSCHER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Inconvénients de la suture continue dans l'opération césarienne et dans la thyroïdectomie, par O. KAPPELER. (*Ibid.*, 1er août.)

Papillome. — Du papillome corné névrothique, par MATHIEU. (*Thèse de Lyon.*)

Paralysie. — Sur les phénomènes observés du côté sain chez les hémiplégiques, par FAURE. (*Thèse de Lyon.*) — Cas de paralysie de Landry, par ORMEROD. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 137.) — Deux cas en série de paralysie ascendante généralisée suraiguë, maladie de Landry ou rage paralytique, par RICOCHON. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 décembre.) — Paralysie de Landry, par GREPPIN. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 août.) — Hémiplégie double avec symptômes bulbaires, par JACKSON et TAYLOR. (*Lancet*, 10 décembre.) — Des troubles de la sensibilité dans la paralysie faciale rhumatismale périphérique, par LICHTENBERG. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Paralysie totale du facial gauche chez un enfant de trois ans, par THOMAS. (*Revue médic. Suisse romande*, octobre.) — La situation de la langue dans la paralysie faciale d'origine périphérique, par Édouard HITZIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — Paralysie faciale et contracture du facial, par M. BERNHARDT. (*Ibid.*, 19 décembre.) — Paralysie faciale totale bilatérale et paraparésie par polynévrite, par G. PUGLIESI. (*Riforma medica*, 9 novembre.) — Paralysie du nerf thoracique postérieur, par R. et A. KOEHLER. (*Berl. klin. Woch.*, 22 février.) — Paralysie du sciatique poplité externe à la suite d'une injection mercurielle, par LEWIN. (*Berl. klin. Woch.*, 12 septembre.) — Cas de pseudo-paralysie infantile, par BRADFORD. (*Boston med. Journal*, 22 décembre.) — Des troubles de la parole et de la voix dans la paralysie agitante, par ROSENBERG. (*Berl. klin. Woch.*, 1er août.) — Des échanges organiques dans un cas de paralysie agitante non typique, par SCHAEFER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Paralysie générale. — De l'hérédité dans la paralysie générale ; son influence sur les symptômes, la marche et la durée de la maladie chez la femme, par GODIVIER. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — De la prédisposition dans la paralysie générale, par GAGNEROT. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — De la complexité des causes de la paralysie générale, par LAFAY. (*Thèse de Lyon.*) — Érythromélalgie chez un paralytique général, par MACHOL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Mutilation par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux, par VALLON. (*Ann. d'hyg. publ.*, décembre.) — Observation pour servir à l'étude des rapports de la paralysie générale et du tabes, par RAYMOND. (*Soc. médic. des hôpitaux*, 2 décembre.)

Parole. — Traitement rationnel du bégaiement, par Hermann GUTZMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 et 14 novembre.)

Paupière. — De la blépharite ciliaire, traitement par la glycérine au sublimé, par BORNO. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Traitement de la blépharite par le sublimé à haute dose, par DESPAGNET. (*Bull. méd.*, 28 décembre.) — Symblépharon, par CHEVALLEREAU. (*Soc. d'opht. de Paris*, 6 décembre.) — Cancroïde palpébral, restauration secondaire, par VALUDE. (*Ibid.*) — De la restauration de la paupière inférieure détruite dans son épaisseur aux dépens de la paupière supérieure, par KALT. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — Sur un cas de corne palpébrale, par LAGRANGE. (*Ann. d'ocul.*, décembre.)

Peau. — Sur la présence des nerfs dans les papilles vasculaires de la peau de l'homme, par RUFFINI. (*Arch. ital. de biol.*, XVIII, 3.) — Quelques effets des excitations cutanées, application de chloroforme, immersion dans l'eau froide où dans l'eau bouillante, par ROGER. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Nature graisseuse des granulations décrites par Ledermann dans l'imprégnation osmique de la peau, par HELLER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 886, 29 août.) — Du pouvoir d'absorption de la peau, par DU MESNIL. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 101.) — De l'absorption cutanée, par WINTERNITZ. (*Berl. klin. Woch.*, 8 février.) — Du sens cutané, par DESSOIR. (*Arch. f. Physiol.*, p. 175.) — Affections chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire, par A. von WINIWARTER. (*Stuggart.*) — Schéma d'une nouvelle classification des maladies de peau, des kératodermites autotaxiques, par TOMMASOLI. (*Monats. f. prakt. Dermat. Ergänzungsheft*, 1.) — Rôle des cellules plasmatiques dans la genèse des tumeurs cutanées, des granulomes et d'autres dermatoses, par P.-G. UNNA. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — De la disposition héréditaire à la formation de bulles (dermatite bulleuse héréditaire de Valentin, épidermolyse bulleuse héréditaire de Kœbner, dysplisia vasorum de Klebs), par Carl BLUMER. (*Thèse Zurich.*) — Des formations cicatricielles du derme, par HEITZMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — Un cas d'atrophie en aires du tissu graisseux sous-cutané, par PFEIFER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 438.) — Sur le dermographisme, par BARTHÉLEMY. (*Wiener med. Presse*, 6 novembre.) — Épithélioma multiple kystique bénin de la peau, par FORDYCE. (*N. York pathol. Soc.*, 23 novembre, et *Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Les nouvelles méthodes de traitement des dermatoses, par JESSNER. (*Berlin.*) — L'ichthyol et son emploi thérapeutique dans quelques affections de la peau et autres maladies, par SCHWIMMER. (*Wien. med. Wochenschr.*, 29.) — L'alumnol dans les dermatoses et la blennorragie, par Martin CHOTZEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre.)

Pellagre. — Valeur secondaire des microorganismes dans la pellagre, par MINOLI. (*Gaz. d. Ospit.*, 143, p. 1314.) — Sur les microorganismes du maïs avarié, par A. CARRAROLI. (*Riforma medica*, 3 décembre.) — Un cas de pellagre avec syringomyélie, par PELLIZZI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.)

Pemphigus. — Des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et les affections dites à l'heure actuelle pemphigus foliacé, par BROCQ. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 décembre.) — Pemphigus bucco-pharyngé, par GARZIA. (*Soc. ital. di laring.*, 26 octobre.) — Du pemphigus des nouveau-nés, par SEMTCHENKO. (*Vratch*, 26 novembre.)

Périnée. — Des opérations d'anaplastie sur le périnée, le vagin et le col, par CZEMPIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 887, 29 août.)

Péritoine. — Ascite d'origine traumatique ; lavage du péritoine ; guérison,

par Cochemé. (*Union méd. Nord-Est*, 12, p. 377.) — Péritonite chronique, cirrhose capsulaire du foie, péricardite, asthénie cardiaque, par C. Barlaro. (*Riforma medica*, 18 octobre.) — Péritonite exsudative, chronique, idiopathique, par Riedel. (*Münch. med. Woch.*, 45, p. 798.) — De la péritonite aiguë des nouveau-nés, par Cassel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 octobre.) — Deux cas de péritonite primitive à pneumocoques, par O. Barbacci. (*Sperimentale*, 16, p. 305.) — Tuberculose rétro-péritonéale simulant une hernie, par Davis. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, par Hellier. (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, 2 décembre.) — Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Poncet. (*Lyon méd.*, 18 et 25 décembre.) — Laparotomie exploratrice pour péritonite tuberculeuse, par O. Kappeler. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, par Phocas. (*Médecine moderne*, 3 décembre.) — Extirpation chez une fille de 15 ans, de ganglions mésentériques et rétropéritonéaux tuberculeux. Guérison, par A. Bier. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 538.) — Entérectomie pour sarcome du mésentère, par Mc Cann. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, V, p. 193.) — Kyste rétro-péritonéal congénital chez un enfant de 13 mois, extirpation, guérison, par Richardson. (*Trans. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 211.)

Pharmacologie. — Médicaments végétaux de la classe des ipécas, par Rusby. (*N. York med. journ.*, 11 février.) — Étude chimique de la fumée d'opium, par Moissan, observation de Gautier. (*Acad. des Sc.*, 5 décembre.) — Recherches physiologiques sur la fumée d'opium, par Gréhant et Martin. (*Ibid.*) — Les orchidées à coumarine. Le faham et ses succédanés, par L. Planchon. (*N. Montpellier méd.*, 46, p. 903.) — L'eucalyptecol; son emploi, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 49, p. 775.) — La salsepareille, par R. Kobert. (*Deutsche med. Woch.*, 30 juin.) — De l'action du gelsemium sempervirens, par Cushny. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 1.) — De la digitaline vraie, par Franz Pfaff. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Action de l'aconitine sur le cœur de la grenouille, par Lhote et Vibert. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVIII, 144, août.) — Physiologie chimique du sulfonal, par Smith (*Pratictioner*, décembre). — De l'action du sulfonal, par Kast. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 1.) — Du sozal, par Schaerges. (*Pharmac. Zeit.*, 63.) — De l'action toxique du furfurol, par Cohn. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 1.) — Du salol dans l'organisme, par Cornet. (*Progrès médical*, 29 octobre.) — Un cas d'intolérance pour la phénocolle, par E. Madigliano. (*Rivista gener. Ital. di Clin. medica*, p. 346.) — De l'alumnol, par Heinz. (*Int. klin. Rundschau*, 44.) — Sur la façon dont se comportent les pentaglycoses (pentoses) dans l'organisme humain, par W. Ebstein. (*Centralbl. f. med. Wissensch.*, 30 juillet,) — Action des sels de potassium sur les muscles et les nerfs, par Dogiel. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 353.) — Sur les lésions histologiques du rein produites par les sels de baryte sur les animaux, par Pilliet et Malbec. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.) — Choses prouvées et choses hypothétiques sur l'arsenic, par Husemann. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1081.) — Sur la préparation et la conservation des paquets de sublimé et d'acide tartrique, par Yvon et Berlioz. (*Bull. de thérap.*, 30 décembre.) — Recherches sur l'absorption et l'élimination du mercure, par Welander. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — De l'action chimique du sulfonal, par Smith. (*Practitioner*, décembre.)

Pharynx. — De la pharyngite périodique à propos d'un cas de fièvre palu-

dique, par Piazza-Lorenzo. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 12.) — De la pharyngite granuleuse, par Hovell. (*Med. Press and Circular*, 19 octobre.) — De la maladie de Tornwaldt et de la palpation du pharynx nasal, par Ziem. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Pharyngo-mycose, par Knight. (*N. York med. journ.*, 3 décembre.) — Abcès rétro-pharyngiens chez l'enfant, leur traitement (partisan de l'incision cervicale externe), par Phocas. (*Semaine méd.*, 24 décembre.) — Incision des abcès rétro-pharyngiens, par J.-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 768, novembre.) — Les végétations adénoïdes dans l'histoire, la maladie et la mort de François II, par Potiquet. (*Médecine mod.*, 7 décembre.) — Les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Jos. Halbeis. (*Munich.*) — Rapports du tissu adénoïde de la voûte du pharynx avec les paresthésies de la gorge et du nez, par Kafemann. (*Rev. intern. de rhinol.*, III, 2.) — Traitement des volumineuses tumeurs naso-pharyngées, par Massei. (*Soc. ital. di laring.*, 27 octobre.) — Trois cas de volumineux polypes naso-pharyngiens, par Walsham. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 69.) — Du traitement par l'électrolyse des polypes naso-pharyngiens, par Normand. (*Arch. d'électricité méd.*, I, 1.) — Les tumeurs malignes de la voûte pharyngo-nasale, par Ferreri. (*Arch. ital. di laring.*, I, 1.) — Un tonsillotome pharyngien, par Schütz. (*Münchener. med. Woch.*, 40, p. 701.)

Photographie. — Procédé de photographie médicale, par Lassar. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — De la photographie à la lumière solaire directe, par Heller. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.)

Phtiriase. — Phtiriase des paupières, par Burain. (*Thèse de Bordeaux.*)

Physiologie. — Manuel de physiologie, par Gad et Heymans. (In-8°, *Berlin.*) — Le fonctionnement anaécrobie des tissus animaux, par Gautier. (*Arch. de phys.*, IV, 1.)

Pied. — 1° Luxation de l'astragale gauche en avant et en dehors et de l'astragale droit en avant et en dedans ; 2° luxation en avant avec fracture comminutive de l'astragale ; 3° fracture horizontale de l'astragale droit au-dessous de son articulation avec les os de la jambe et déplacement du pied en avant ; 4° fracture du col de l'astragale droit, par Sick. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juin.) — Les os du tarse et l'ankylose calcaneo-astragalo-scaphoïdienne dans le pied plat, valgus douloureux, par Terrasse. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement des formes graves de pied bot, par Walsham. (*Lancet*, 10 décembre, et *St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 199.) — Tarsoclasie dans le pied bot varus équin invétéré, par Delore. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Traitement opératoire du pied bot, par Bradford. (*Boston med. Journal*, 8 décembre.) — De la tarsoplasie ou modelage du tarse sous l'ostéoclaste dans le traitement des pieds bots résistants, par Laurençon. (*Thèse de Lyon.*)

Pityriasis. — Discussion de la réunion dermatologique de Berlin sur le pityriasis rosé et l'herpès tonsurant. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 937, 12 septembre.) — La nature du pityriasis rosé, par O. Lassar. (*Deutsche med. Woch.*, 21, p. 469.)

Plaie. — Traité des blessures, suites d'accidents, par Constantin Kaufmann. (*Stuttgart.*) — Des blessures causées par la dynamite et de leur traitement, par Rochard. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre.)

Placenta. — Du développement de la circulation sanguine maternelle dans

le placenta, par Bumm. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Diagnostic du siège du placenta dans la grossesse, rapports du placenta marginé et de l'orifice tubaire, par Palm. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — Considérations sur soixante et un cas de placenta prœvia observés à la Maternité de Bucarest, par Draghiescu. (45 p., *Bucarest.*) — Insertion vicieuse du placenta ; mort pendant la version combinée, par introduction d'air dans les vaisseaux, par Krukenberg. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 887, 29 août.)

Plèvre. — Étiologie des pleurésies, par Pansini. (*Giorn. int. d. sc. med.*, 16, p. 601.) — Étiologie des pleurésies, par Jakowski. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 1 et 2.) — De l'étiologie et de la pathologie de la pleurésie, par le prince Louis Ferdinand. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 1.) — De la pleurésie parapneumonique, par Delezenne. (*Thèse de Lille.*) — De la pression intra-pleurale et du degré de contraction du poumon dans l'épanchement pleural, par Calvert. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 131.) — Sur le traitement radical de la pleurésie avec épanchement, par V. d'Auria. (*Riv. clinica e terapeutica*, 10, p. 581.) — Étude de la suppuration de la pleuro-pneumonie fibrineuse, par Zenker. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 351.) — Pleurésie purulente tuberculeuse droite avec fistule pulmonaire, résection étendue de la paroi thoracique et pneumotomie, guérison, par A. Salomoni. (*Riforma medica*, 17 octobre.) — Pleurésie purulente ouverte à la région lombaire, par Dubreuil. (*Gaz. méd. Paris*, 10 décembre.) — Le traitement des épanchements séreux et purulents dans la plèvre, par Crawford. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Du traitement de la pleurésie purulente par le procédé de Bülau, par Dumont. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Traitement de l'empyème par le drainage aspirateur de Bülau, par Aust. (*Münchener med. Woch.*, 45 et 46, p. 791 et 817.) — Contribution au traitement de l'empyème, par Dörfler. (*Ibid.*, 45 et 46, p. 795 et 820.) — Note sur les difficultés opératoires de l'empyème partiel enkysté, par P.-A. Boéchat. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII. 475.) — Cas de thoracotomie pratiqué en arrière et en bas malgré l'existence d'un empyème de nécessité en avant et en haut, par Alfred Moll. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 821, 15 août.)

Poil. — Des modifications histologiques de l'alopécie syphilitique, ses rapports avec les lésions de l'alopécie areata, par Giovannini. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 4.) — Hémihyperhydrose croisée, par Bauer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Trichome du cuir chevelu, par de Amicis. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Un cas de plique, par Stelwagon. (*Americ. j. of med. sc.*, décembre.) — De l'épilation radicale par l'électrolyse, par A. Sack. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.)

Poumon. — Les conditions de la circulation pulmonaire, par Bullar. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, 257.) — De l'œdème pulmonaire critique dans la pneumonie fibrineuse, par Kornfeld. (*Cent. f. klin. Med.*, 37, p. 777.) — Induration chronique de la base du poumon, par Gee. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 1.) — Micrococcus pneumoniœ crouposœ, par M. Sternberg. (*Centralbl. f. Bacter.*, XII, p. 53, 2-3.) — Notes sur l'état du pouls et de la respiration dans la pneumonie croupale, par West. *St.-Barthol. hosp. Rep.*. XXVIII, p. 231.) — L'étiologie de la pneumonie croupale, par Cautley. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 173.) — Étiologie de la pneumonie fibrineuse, quatre cas dans une famille, par Zimmermann. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er septembre.) — Inhalation de poussière et affections pulmonaires, par Canfield. (*Americ. j. of med. Sc.*, décembre.) — Deux observations de spléno-pneumonie, par A. Florand.

(*La médecine moderne*, 30 novembre.) — Pneumonie centrale avec complications par TALLEY. (*Med. News*, 17 décembre.) — Pneumonie franche aiguë à diplocoque chez une femme nouvellement accouchée et chez son enfant, par DURANTE. (*Soc. anat.*, p. 749, 16 décembre.) — Forme pseudo-lobaire de la pneumonie caseuse aiguë, par A. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1289, 12 décembre.) — Pneumonie erysipélateuse à point de départ conjonctival, par RENDU. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 décembre.) — Du pyopneumothorax sous-diaphragmatique et de son traitement, par E. LEYDEN et RENVERS. (*Berl. klin. Wochens.*, 14 novembre.) — De la présence d'infusoires dans les crachats d'individus atteints de gangrène pulmonaire, par W. STRENG. (*Fortschritte der Medicin*, 19, p. 757.) — Du traitement rationnel de quelques maladies chroniques du poumon, par STEINHOFF. (*Berl. klin. Woch.*, 5 septembre.) — Traitement de la pneumonie par la digitale, par KELLY. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose, par STRIZOVÈRE. (*Med. Obosrenie*, XXXVIII, 15.) — Du traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses, d'après la méthode du professeur Petresco, par ANTONIN. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 novembre.) — Les stimulants cardiaques et spécialement la strychnine dans la pneumonie lobaire, par WEST-ROOSEVELT. (*N. York med. record*, 24 décembre.) — Abcès pulmonaire, par Théodore COHN. (*Berl. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Pneumotomie pour les abcès pulmonaires, par ANDREWS. (*Chicago med. recorder*, III, 7.) — Pneumotomie pour abcès tuberculeux et gangrène du poumon, par WHITE. (*N. York State med. Assoc.*, 15 novembre.) — Cancer du sommet du poumon consécutif à un traumatisme, par G. KLEMPERER. (*Berl. klin. Woch.*, p. 758, 25 juillet.)

Prostate. — De la prostatite blennorragique chronique, par RONA. (*Pester med. chir. Presse*, 23.) — Diagnostic des différentes formes d'hypertrophie prostatique, par MOULLIN. (*Lancet*, 17 décembre.) — De la tuberculose de la prostate, par MARWEDEL. (*Beit. zur klin. Chir.*, IX, 3.) — Tumeur inopérable de la prostate, par Eg. HOFFMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 996.) — Massage dans la prostatite, par THURE-BRANDT. (*Ibid.*, 44, p. 990.) — Cure radicale de l'obstruction prostatique par le galvano-cautère, par CLARKE. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.) — Opérations sur la prostate, procédé d'extirpation des lobes latéraux, par WISHARD. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par FRŒNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1149.) — Prostatectomie par la voie sus-pubienne, par TUFFIER. (*Bull. Soc. de thérap.*, XVIII, p. 842.)

Prurigo. — Du prurigo estival, par HUTCHINSON. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.)

Psoriasis. — Traitement du psoriasis, par BROCQ. (*Rev. gén. de Clin.*, 51, p. 807.)

Psorospermose. — Discussion du deuxième congrès international de dermatologie sur les psorospermoses. (*Berl. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Influence des protozoaires dans certaines maladies, par GALLOWAY. (*Hunterian Soc.*, 14 décembre.) — Contribution à l'étude des protozoaires, par R. PFEIFFER, 1er fascicule. L'affection coccidienne des lapins. (*Berlin.*)

Psychologie. — Étude sur la physionomie et la physiognomonie, étude de psychologie physiologique, par AUDIBERT. (*Thèse de Bordeaux.*) — La pathologie des émotions, études physiologiques et cliniques, par FÉRÉ.

(In-8°, *Paris.*) — États de faiblesse ou d'excitation psychomotrice, par Fuerstner. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 760, 25 juillet.)

Psychose. — Psychoses à la suite des opérations gynécologiques, par Baldy. (*Med. Age*, 15.)— Rôle essentiel de l'infection dans les psychoses, par Wille. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — Les perversions de l'instinct génital, étude sur l'inversion sexuelle, basée sur des documents officiels, par Moll, traduit par Pactet et Romme. (In-8°, *Paris.*)

Ptomaïne. — Deux réactions de coloration des alcaloïdes de putréfaction, par Léon Garnier et Schlagdenhauffen. (*Ann. d'hyg. publ.*, décembre.)— Sur les microorganismes de la putréfaction dans le sang des cadavres humains, par S. Ottolenghi. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, p. 877, octobre.)

Puerpéral (État). — A propos du streptocoque puerpéral, par Doléris. (*Nouv. arch. d'obst.*, 8.) — Un point historique à propos du streptocoque puerpéral, par Doléris. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 septembre.) — Recherches bactériologiques sur les suites de couches normales et pathologiques, par von Franqué. (*Zeit. f. Geburts*, XXV, 2.) — De l'auto-infection puerpérale post partum, par Secheyron. (*Midi méd.*, septembre, et *Arch. de tocol.*, janvier.) — Immunité contre la fièvre puerpérale rompue par des hémorragies graves, par Berlioz. (*Dauphiné méd.*, 1er décembre.) — Trois cas d'accidents cérébraux d'origine puerpérale, par Valin. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Glycosurie et décubitus dans la puerpéralité, par E. Marcus. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1066.) — Décès puerpéraux de la clinique gynécologique de Munich de 1887 à 1891, par Max Madlener. (*Munich.*) — Historique et résultats des mesures de police sanitaire prises en Prusse contre la fièvre puerpérale, par Nesemann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IV, 347, octobre.)

Purpura. — Purpura hémorragique avec œdèmes étendus de la peau, par d'Espine. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, 449, juillet.)

Q

Quinine. — Essai du sulfate de quinine et dosage de la quinine en présence des autres alcaloïdes du quinquina, par Barthe. (*Acad. des Sciences*, 12 décembre.)

R

Rachis. — Position des viscères dans la scoliose, par May. (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, L, p. 339.) — Scoliose suite de sciatique, par Remak. (*Berl. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Appareil pour le traitement de la scoliose, par Heussner. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 763, 25 juillet.) — Traitement de la scoliose par la méthode de Sayre, par Reynier. (*Bull. Soc. de chir.*,

XVIII, p. 679.) — Des plaies des premières vertèbres cervicales, par Berndt. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Applications du froid et de la chaleur sur le rachis comme méthode thérapeutique, par Kinnear. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Des indications thérapeutiques dans le mal de Pott, par Heydenreich. (*Revue méd. de l'Est*, 21, p. 646. — Laminectomie pour paralysie de Pott, par Lloyd. (*Ann. of surg.*, octobre.) — Traitement des abcès rachidiens, par Cheyne. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.) — Les résultats de la laminectomie dans la paraplégie due aux courbures angulaires, par Lane. (*Ibid.*) — De la trépanation du rachis, remarques sur les plaies de la moelle. par Wagner. (*Wiener klinik*, septembre.) — Extirpation d'une tumeur intra-dure-mérienne du canal rachidien, par A. Caponotto et B. Pescarolo. (*Riforma medica*, 25 novembre.) — De la genèse des tératomes sacro-coccygiens, par Nasse. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.)

Rachitisme. — Un cas de rachitisme avec déformation du foie, par Cornil. (*Soc. anat. Paris*, 2 décembre.) — Tuméfaction de la rate chez les enfants surtout rachitiques, par Léop. Kuttner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.)

Rage. — Un cas de rage, par Kerr. (*Lancet*, 24 décembre.) — Rage cinq ans après la morsure, par Irving. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.) — Sur l'action du virus rabique chez les animaux atteints de rage déjà développée, par A. Messeri. (*Riforma medica,* 10 décembre.) — Les premières vaccinations pratiquées avec succès contre la rage à l'aide du sang d'animaux réfractaires, par V. Babes. (*Deutsche med. Wochens.*, 41, p. 915.)

Rate. — Développement de la rate et du pancréas, par von Kupffer. (*Munich.*) — Essai sur l'anatomie de la rate, par Fleury. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — La splénomégalie primitive, par Debove et Brühl. (*Soc. méd. des hôp.*. 4 avril.) — Volumineux abcès stérile de la rate, splénotomie, guérison, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 668.) — Hypertrophie considérable de la rate avec ascite et œdème des membres inférieurs, laparotomie exploratrice, guérison, par Raymond, rapport de Marchand. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 675.) — Sur la transformation des angiomes de la rate en kystes hématiques, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 26 novembre.) — Épithélioma primitif de la rate, par Vérité. (*Thèse de Lyon.*) — Des ruptures de la rate, par Brandstetter. (*Thèse de Paris*, 25 janvier.) — Sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate à propos d'un cas de déchirure de cet organe suivi de guérison chez un paludique, par Vincent. (*Bull. Soc. de chir.,* XVIII, p. 830.) — Rate flottante, splénectomie, par Sutton. (*London clin. Soc.,* 9 décembre.)

Rectum. — Prolapsus du rectum avec invagination du colon descendant et du mésocolon chez un garçon de neuf ans. Opération, par Julliard. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 441, 15 juillet.) — Prolapsus du rectum avec invagination de l'*S* iliaque, par G. Julliard. (*Revue médic. Suisse romande*, novembre.) — De l'occlusion congénitale du rectum et des fistules internes et externes qui l'accompagnent, par Rudolph Frank. (*Vienne.*) — Des rétrécissements syphilitiques du rectum, leur traitement par l'extirpation, par Gaurand. (*Thèse de Lyon.*) — Des opérations pour les atrésies congénitales anales et rectales, des abouchements du rectum dans le canal urogénital, par Anders. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Cancer colloïde du rectum, par Cazin. (*Soc. anat. Paris*, 30 décembre.) —

Cancer du rectum, excision, choix des cas, pronostic, par Cripps. (*Brit. med. j.*, 10 décembre.)

Réflexe. — Sur le rôle du cerveau dans le mécanisme des actes réflexes du système nerveux central des vertèbres, par Schrader. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXIX, p. 55.) — Sur la localisation du réflexe rotulien, par Sherrington. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, novembre.)

Rein. — Des uretères surnuméraires, par Orthmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 février.) — Rein unique avec vaisseaux supplémentaires; capsule surrénale unique ; verge palmée ; ectopie testiculaire unilatérale et pied-bot sur un même sujet, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 décembre.) — Procédé d'ablation des capsules surrénales chez le chien, ectopie de ces organes, par Thiroloix. (*Soc. anat. Paris,* 18 novembre.) — Arrêt de développement d'un rein, par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, 21, p. 528.) — Recherches anatomiques sur l'hyperplasie unilatérale d'un rein par aplasie de l'autre et sur la tuberculose urinaire descendante, par Antonio C. de Camargo. (*Revue médic. Suisse romande,* octobre.) — Sur les rapports de l'albuminurie et de l'élimination de l'urée avec la circulation rénale dans la nephrite parenchymateuse, par V. Casarelli. (*Rivista gener. Ital. di Clin. medica*, p. 344.) — État histologique de l'épithélium rénal après la diurèse produite par la caféine, par D. Baldi. (*Riforma medica*, 24 décembre.) — Le budget de l'azote chez les néphritiques, par von Noorden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Des néphrites chroniques consécutives à des maladies infectieuses aiguës, par Sinègre. (*Thèse de Montpellier.*) — Des échanges organiques dans la néphrite chronique, par Kornblum. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — De la localisation des lésions rénales, par Ribbert. (*Corr.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 543, 1er septembre.) — De quelques faits nouveaux comme contribution à la pathologie et au traitement des maladies du rein, par Grocco. (*Turin.*) — Pathologie du petit rein contracté, par Leven. (*Deutsche med. Woch.*, 21, p. 470.) — Anurie calculeuse ; mort subite au quinzième jour ; autopsie, par Pousson. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er décembre.) — Tuberculose des reins, par Cahen. (*Deutsche med. Woch.*, 43, p. 972.) — Syndrome de Ménière ; agoraphobie ; signe de Romberg dans la maladie de Bright, par Bonnier. (*Progrès médical*, 31 décembre.) — Chirurgie rénale; résultats de cinquante-huit opérations pratiquées sur le rein, par Tuffier. (*Gaz. hebd. Paris,* 24 décembre.) — Hydronéphrose intermittente, par Rogers. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Greffe d'uretères, par Morestin. (*Soc. anat.*, p. 796, 23 décembre.) — Études expérimentales sur la néphrorraphie, par C. Zatti. (*Riforma medica*, 22 novembre.) — Un cas de fistule uretérale guérie par kolpokleisis après création d'une fistule artificielle vésicale, par Drucker. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Des reins mobiles et palpables, par Hilbert. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 483.) — Les crises de vomissements chez les malades atteints de rein mobile, par Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 octobre.) — Un nouveau cas de crise gastrique chez une malade atteinte de rein mobile, par Mathieu. (*Ibid.*, 28 octobre.) — Traitement du rein flottant, par Herczel. (*Beit. zur klin. Chir.*, IX, 3.) — Un cas de néphro-lithotomie, par Thorndike. (*Boston med. Journal*, 1er décembre.) — Anurie calculeuse ; incision lombaire ; néphrotomie ; mort, par Duffau-Lagarrosse. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 11 décembre, et *Mercredi médical*, 21 décembre.) — Néphrectomie lombaire pour pyo-néphrose, par Graves. (*Med. News*, 26 novembre.) — Pyonéphrose, néphrectomie, par Lagoutte. (*Lyon méd.*,

25 décembre.) — Rhabdomyosarcome du rein, par Wolstein. (*N. York path. Soc.*, 28 décembre.) — Des adénokystomes multiloculaires du rein, par Nauwerck et Hufschmid. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 1.) — Lipome capsulaire du rein, laparotomie, guérison, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 681.) — De l'ablation des reins pour tumeurs malignes, par J. Israel. (*Berl. klin. Woch.*, 14 novembre.) — Néphrectomie pour cancer du rein chez une fille de cinq ans ; guérison, par A. Barth. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 531.) — Tumeur de la capsule surrénale droite, néphrectomie, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVIII, p. 764.)

Résection. — Statistique d'une première série de cent résections du genou, par Ollier. (*Lyon méd.*, 25 décembre.) — Six cas de résection du genou, par Moore. (*N. York med. journ.*, 24 décembre.) — Résections arciformes du genou, par Helferich. (*Deutsche med. Woch.*, 44.) — Valeur de la résection ostéoplastique du pied (Wladimiroff-Mikulicz) comme opération orthopédique, par Samter. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Résultats éloignés de l'astragalectomie chez les enfants pour lésions inflammatoires spontanées du cou de pied, par Crussard. (*Thèse de Lyon.*)

Respiration. — Remarques sur les recherches de Gad et Marinesco sur le centre respiratoire, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Faits cliniques et expérimentaux contre l'opinion que le centre respiratoire se trouve uniquement ou principalement dans le bulbe rachidien, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Sur les fibres du pneumogastrique qui excitent la respiration ou qui l'inhibent et sur les relations qu'elles présentent entre elles et avec le mécanisme de la respiration, par Meltzer. (*Arch. f. Physiol.*, p. 341.) — Mouvements normaux du diaphragme visibles à chaque respiration, par Litten. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Le rôle du sang dans la régularisation des mouvements respiratoires, par Fredericq. (*Arch. de biol.*, XII, 3.) — De la signification clinique de la fréquence exagérée de la respiration, par Cavallero et Riva-Rocci. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 130.) — Traité de gymnastique respiratoire, par Hughes. (In-8°, *Wiesbaden.*)

Rétine. — Sur l'influence de l'irritation centrale et réflexe du nerf optique sur les mouvements des cônes de la rétine, par Engelmann. (*Acad. roy. des Sc. d'Amsterdam*, 22 octobre, et *Ann. d'ocul.*, janvier.) — Relations entre l'inclinaison, sur l'axe cardinal de l'œil, du plan qui contient un objet et celle du plan qui contient l'image rétinienne correspondante, par Bajardi. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, novembre.) — L'éblouissement de la rétine, par Widmark. (*Nordiskt. opht. Tidsjkrift.*, V, 2, et *Skandin. Archiv für Physiologie*, IV, p. 281.) — Affections de la rétine dans le mal de Bright et le diabète, par Saundby. (*Brit. med. j.*, 17 décembre.) — Un cas de rétinite proliférante, par V. Hippel. (*Mon. f. Augenh.*, novembre.) — Observation d'hémorragie rétinienne sous-hyaloïdienne, par Spicer. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 3.) — Réflexe rétinien anormal, par Stephenson. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XII, p. 115.) — Vasculite rétinienne dans la syphilis héréditaire, par Spicer. (*Ibid.*, p. 116.) — Modification des vaisseaux rétiniens dans la néphrite chronique, par Gunn. (*Ibid.*, p. 124.) — Modifications de la tache jaune chez un enfant ressemblant à une embolie, par Tay. (*Ibid.*, p. 125.) — *Idem*, par Kingdon. (*Ibid.*) — Hémorragies rétiniennes persistantes dans un cas de diabète, par Juler. (*Ibid.*, XII, p. 137.) — Décollement rétinien avec dilatation anormale des vaisseaux, par Wood. (*Ibid.*, p. 143.) — Dé-

collement rétinien, par Clarke. (*Ibid.*, p. 144.) — Déchirure et décollement de la rétine du côté de l'ora serrata, par Galezowski. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 novembre.) — Le décollement de la rétine, décollement vrai par myopie, par C. Baduel. (*Riforma medica*, 22 octobre.) — Traitement du décollement de la rétine, par A. Bourgeois. (*Union méd. Nord-Est*, 12, p. 366.) — Pseudo-gliome rétinien, par Collins. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 3.)

Rhumatisme. — Période prémonitoire du rhumatisme aigu, par Sterg. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Etude sur le rhumatisme articulaire, par Stoll. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, 1.) — Sur le rhumatisme musculaire chronique, par Léopold Ewer. (*Berlin.*) — Arthrite chronique rhumatismale, par Lane. (*Lancet*, 10 décembre.) — Traitement diététique et médicinal de l'arthrite rhumatismale, par Spender. (*Practitioner*, décembre.) — Du salicylate de soude et de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu, par Chevron. (*Thèse de Lyon.*)

Rouget. — Expériences pour conférer l'immunité à l'égard du rouget porcin, par Lorenz. (*Thiermed. Rundsch.*, VI, et *Hyg. Rundsch.*, II, 745.) — Observations sur les microorganismes du rouget des porcs et des maladies similaires, par Lorenz. (*Hyg. Rundsch.*, II, 743.)

Rougeole. — Récidive de rougeole, par Streng. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1084.)

S

Salivaire. — Sécrétion salivaire et excitation électrique, par Wedensky. (*Acad. des sc.*, 12 décembre.)

Sang. — Étude du sang, par Schmidt. (In-8°, *Leipzig.*) — Guide de diagnostic clinique du sang, de l'expectoration et de l'urine, par Ernst Graeber et Karl Kannenberg. (*Bâle.*) — Leucocytose et états du sang qui s'en rapprochent, par Hermann Riedel. (*Leipzig.*) — Analyse du sang dans les tissus vivants, par Hénocque. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Procédé spectroscopique pour l'étude de la vitesse moyenne de la circulation du sang, par Meyer. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.) — Nouvelles recherches sur le sang peptonisé, par Lahousse. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 4, p. 387.) — Recherches sur le sang des individus vivant sous les tropiques, par C. Eigkman. (*Archiv f. patholog. Anat.*, CXXX, 2.) — De l'augmentation des globules rouges à la suite du séjour dans les hautes altitudes, par Egger. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Recherches physiques sur le sang, par Oertel. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 293.) — De la densité du sang, sa détermination clinique, ses variations physiologiques et pathologiques, par Lyonnet. (*Thèse de Lyon.*) — Du poids spécifique du sang, de ses rapports avec le contenu en hémoglobine, par Menicanti. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 407.) — Étude sur la formation pathologique de la fibrine, par Hauser. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 363.) — Relation entre la richesse du sang en fibrine et la rapidité de la coagulation, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 3 décembre.) — Sur la défibrination du sang artériel, par Dastre. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — La coagulation du sang, par Pekelharing. (*Deutsche med. Woch.*, 50, p. 1133.)

— De la coagulation du sang, par GRIESBACH. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 497.) — Sur le mécanisme de la coagulation, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 1.) — Présence de gomme animale dans le sang normal, par FREUND. (*Cent. f. Phys.*, VI, p. 345.) — Sur la présence du glycogène dans le sang, par G. SALOMON. (*Centralblatt f. Physiologie*, VI, p. 512.) — Salol et acide salicylique dans le sang, par CORNET. (*Progrès médical*, 24 décembre.) — Conclusions d'un travail expérimental sur la résistance des globules rouges contre le sérum du sang hétérogène, par G. BOCCARDI. (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti*, p. 159.) — Nature de la substance protectrice et curative du sang, par R. EMMERICH et Siro TSUBAC. (*Wiesbaden.*) — La propriété bactéricide du sang, par PEKELHARING. (*Semaine méd.*, 14 décembre.) — De la nécrobiose des globules rouges du sang à l'état normal et pathologique, par MARAGLIANO et CASTELLINO. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXI, 5 et 6.) — La démonstration de l'oxyde de carbone dans le sang, par LANDOIS. (*Deutsche med. Woch.*, 44, p. 996.) — Des modifications du sang chez les nouveau-nés, par WEISS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 1 et 2.) — Morphologie et pathologie du sang chez l'enfant, par GUNDOBIN. (*Ibid.*) — État du sang dans les dermatoses, par RIEHL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — État du sang dans la syphilis, par KONRIED et par RIEHL. (*Ibid.*, 31 octobre.)

Sarcome. — L'ulcération de la peau dans les sarcomes à revêtement cutané adhérent, par Rossi ANDREA. (*Riv. clinica e terap.*, 7, p. 393.) — Sarcome fasciculé du creux poplité, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 21, p. 521.)

Saturnisme. — Des voies d'élimination du plomb chez les ouvriers cérusiers atteints d'intoxication saturnine, par LAVRAND. (*Journ. de méd. Lille*, 18 novembre.) — Un cas de paralysie saturnine, par GOLDFLAM. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.) — Intoxication saturnine par un clysopompe, par DUANY-SOLER. (*Bull. Soc. de méd. La Rochelle*, 5e série, n° 7, p. 65.) — Traitement de la colique de plomb par l'antipyrine, par GIBAUD. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de la colique de plomb par l'antipyrine, par DEVIC et CHATIN. (*Province méd.*, 45.) — De l'huile d'olive comme traitement de la colique saturnine, par MARCHET. (*Thèse de Lyon.*)

Scarlatine. — De la spontanéité de la scarlatine, par FIESSINGER. (*Gaz. méd. Paris*, 17 décembre.) — Epidémie de scarlatine, par HONIGMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1071.) — Scarlatine des accouchées, par GIMMEL. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, 1.) — Scarlatine avec néphrite dans la grossesse, par COGSWELL. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 24 décembre.)

Sclérodermie. — La résistance au courant galvanique dans les cas de sclérodermie, par EULENBURG. (*Neurolog. Centralb.*, janvier.) — Sclérodermie diffuse hypertrophique, par SCHULTZE. (*Deutsche med. Woch.*, 46, p. 1044.)

Scorbut. — Deux cas de scorbut infantile, par ROGERS. (*Boston med. Journal*, 29 décembre.) — Un cas de scorbut infantile, par GOSS. (*Ibid.*, 29 décembre.)

Serpent. — De l'action du venin du naja tripudians, par VOLLMER. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 1.) — Soixante-trois cas de morsures de serpent observés sur l'homme en Suisse, par C. KAUFMANN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre et 1er décembre.)

Spina bifida. — Spina bifida lombaire avec hypertrichose chez un crétin, par

STIERLIN. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 408, 1er juillet.) — Cure radicale des spina bifida avec large brèche osseuse par ostéoplastie, par ROCHET. (*Arch. prov. de chir.*, I, 6.)

Sucre. — La synthèse des sucres, par MEYERSON. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 11.) — Remarques sur la façon dont se comportent les pentaglycoses (pentoses) dans l'organisme humain, par W. EBSTEIN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXIX, 3.)

Sueur. — Sur l'hyperémie cutanée et la sudation, par Max LEVY. (*Archiv für Physiologie*, p. 154.)

Suppuration. — L'origine des cellules du pus, par F. MARCHAND. (*Deutsche med. Woch.*, 34, p. 770.)

Syphilis. — Contribution à l'histoire de la syphilis; la syphilis à Herculanum et à Pompéi; le syphilococcus soupçonné dès le commencement du seizième siècle, par BURET. (*Journ. des mal. cutan.*, octobre.) — Syphilis des enfants, par ROMNICEANO. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — De la syphilis acquise chez les impubères, par FOURNIÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Manifestations syphilitiques récidivantes *in situ*, par DELANSORNE. (*Thèse de Paris*, 21 décembre.) — Du développement de la syphilis tertiaire, par HASLUND. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 3.) — Coexistence de syphilis, de blennorrhagie et de tuberculose testiculaire, par LEDERMANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1262, 5 décembre.) — Quatre cas de syphilis galopante sans chancre, par G. LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Syphilis rétrograde, par RENAULT. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 décembre.) — Sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques, par REBOUL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Chancre labial par un cigare, par KIRKPATRICK. (*N. York med. journ.*, 31 décembre.) — Chancre syphilitique de la partie latérale droite du cou, par RENAULT. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 décembre.) — Hydrocéphalie chronique par syphilis héréditaire, par HELLER. (*Deut. med. Woch.*, 26, p. 608.) — De l'artérite cérébrale syphilitique, par DIEULAFOY. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 décembre.) — Tabes dorsalis au début avec méningite spinale syphilitique, étude sur les rapports de la syphilis et du tabes, par DINKLER. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.) — Deux cas de syphilis galopante : 1° syndrome de Ménière; 2° sclérose en plaques du cervelet, par LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 885, 29 août.) — Sciatique syphilitique, période tertiaire, par TOURNIER. (*Province méd.*, 15 octobre.) — Sténose bronchique syphilitique chez les enfants, par SEIBERT. (*Arch. of pediatrics*, novembre.) — Sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis acquise, par QUINQUAUD et NICOLLE. (*Ann. de dermat.*, III, 12.) — Une obs. de syphilis de la conjonctive, par ADENOT et MEURER. (*Province méd.*, 41, p. 485.) — Syphilis héréditaire tardive avec lésions naso-pharyngées chez un adolescent de 17 ans, par KLINEDINST. (*N. York med. journ.*, 3 décembre.) — Les plaques muqueuses buccales, par FOURNIER. (*Union médicale*, 22 décembre.) — Plaques syphilitiques, par RAVOGLI. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 2.) — Ictère noir et exanthème pustuleux chez une syphilitique, par LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Sur la syphilide pigmentaire, par HAZARD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Leucodermie généralisée (ou vitiligo) dans une syphilis tertiaire non encore traitée, par ROSENTHAL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 886, 29 août.) — Deux cas de lichen syphilitique dans la syphilis galopante, par LEWIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Clous syphilitiques, par LEWIN. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — Étude sur les localisations osseuses hérédo-syphi-

litiques tardives, lésions des os de la colonne vertébrale et du bassin, par Gangolphe. (*Arch. prov. de chir.*, II, 1.) — De l'albuminurie des syphilitiques mercurialisés, par Schwimmer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre — Traitement de la syphilis, par Green. (*N. York med. journ*, 26 novembre.) — L'iodisme aigu et ses dangers dans le traitement de la syphilis, par Finger. (*Wien. med. Wochenschr.*, 36.) — Sur les flanelles mercurielles, par Vigier. (*Ann. de dermat.*, III, 12.) — Discussion de la Réunion dermatologique de Berlin sur la thermo ou galvano-cautérisation de l'accident initial de la syphilis, avec anesthésie par la cocaïne. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 886, 29 août.)

T

Tabac. — Action de la fumée de tabac sur quelques microbes pathogènes, par V. Tassinari. (*Annali dell Istituto d'Igiene speriment. della R. Univ. di Rome*, I.) — Contribution à l'étude des éléments contenus dans la fumée de tabac, par Abeles et Paschkis. (*Arch. f. Hyg.*, XIV et *Hyg. Rundsch.*, II, 822.) — Le tabac cause de dilatation et d'hypertrophie du cœur, le cœur tabagique, par Chapman. (*Med. News*, 31 décembre.)

Teigne. — De la tricophytie chez l'homme, par Sabouraud. (*Acad. des Sc.*, 26 décembre.) — Études sur le favus, par Jessner. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — A propos d'une petite épidémie de pelade, par Derville. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 novembre.) — De la teigne tondante et en particulier des traitements, par Bavay. (*Thèse de Bordeaux.*)

Température. — Centres thermiques et centres vaso-moteurs au point de vue de la thermodynamique à l'etat normal et pathologique, par B. Baculo. (*Riforma medica*, 16 novembre.)

Ténia. — Du ténia nain, par Mertins. (*Berl. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — De l'anémie causée par le bothriocéphale, par Litter, Krœnig, von Noorden. (*Ibid.*, p. 959, 19 septembre.) — Des ténicides, l'embellate d'ammoniaque, par Durand. (*Thèse de Bordeaux.*)

Testicule. — Hydrocèle communiquante totale compliquée d'épiplocèle, par Josef Mlady. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 décembre.) — Hydrocèle enkystée de l'épididyme, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 8 décembre.) — Contribution à la cure radicale de l'hydrocèle par le procédé de Tuillard, par D. Boni. (*Riforma medica*, 19 décembre.) — Orchite gommeuse compliquée d'hydrocèle, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 937, 12 septembre.) — De l'atrophie du testicule, par Stilling. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 758, nov.) — Orchidopexie, par Monod. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 847.) — Un cas de tumeur maligne du testicule, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 22 décembre.) — Carcinome de l'épididyme débutant par la queue. Castration, par J. L. Reverdin et F. Buscarlet. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 481.) — La spermine dans diverses glandes et la composition chimique du remède de Brown-Séquard, par Pœhl. (*Deutsche med. Woch.*, 49, p. 1125.) — Quelques mots sur les progrès de nos connaissances à l'égard des actions physiologiques et thérapeutiques du liquide orchitique, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, IV, 1.) — Sur la préparation de

l'extrait testiculaire concentré, par d'Arsonval. (*Ibid.*, IV, 1.) — Règles relatives à l'emploi du liquide testiculaire, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*) — De l'action emménagogue exercée par les injections de liquide testiculaire, par Barnsby et Lallemant. (*Soc. de biol.,* 24 déc.)

Tétanie. — De la tétanie chez l'enfant et de ses rapports avec la laryngite striduleuse, par Loos, (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 169.) — De la tétanie pendant la grossesse, par Auvard et Laskine. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.)

Tétanos. — Marche des contractures dans le tétanos expérimental chez les solipèdes, par Courmont et Doyon. (*Soc. de biol.*, 24 décembre.) — Mécanisme de production des contractures du tétanos, par Courmont et Doyon, (*Arch. de physiol.*, IV, 1, p. 64 et 114.) — Le traitement préventif du tétanos, par Simmons. (*Med. News*, 31 décembre.) — Sur le traitement du tétanos, par Verneuil. (*Bull. acad. méd.*, 6 décembre.) — Sur le traitement du tétanos, par Mascarel. (*Rev. gén. de clin.,* 51, p. 809.) — Huit cas de tétanos traités par le chloral, par Roux et Lafon. (*Bull. soc. de méd. La Rochelle,* 5e série, 7, p. 20.) — Le traitement du tétanos, par L. H. Petit. (*Union médicale,* 17 décembre.) — Deux cas de tétanos guéris par l'antitoxine de Tizzoni, par Finotti. (*Wiener klin. Woch.,* 1 et 30.) — Dixième cas de tétanos traité par l'antitoxine de Tizzoni-Cattani, guérison, par E. Finotti. (*Riforma medica*, 12 décembre.)

Thérapeutique. — La thérapeutique antiseptique, par Trouessart. (In-12, *Paris.*) — Bases, devoirs et limites de la thérapeutique, par O. Rosenbach. (*Vienne et Leipzig.*) — Leçons de thérapeutique générale, par Frédérich-Albin Hoffmann. (*Leipzig.*) — Etude de quelques médicaments au point de vue de leur composition exacte et de leur valeur thérapeutique, par Lasserre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les purgatifs, par Patein. (In-16, 227 p., *Paris.*) — Considérations sur la médecine vibratoire, ses applications et sa technique, par Gilles de la Tourette. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 5.) — Action du froid sur les divers tissus, par Uschinsky. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 115.) — Du sulfate de spartéine comme tonique cardiaque et diurétique, par Rohde. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 815, 8 août.) — Notes de thérapeutique (emploi de la strychnine, extrait de fève de Calabar, teinture de strophantus, ligature des extrémités dans les affections cardiaques, par V. Romaro. (*La Riforma medica*, 19 octobre.) — Du viburnum primifolium, par L. Joseph. (*Wien. med. Wochens.,* 37.) — Nouveaux médicaments (3 ferrugineux de Kobert, sirop de ratanhia iodé, teinture de laurier-rose ; résorcine sublimée), par Goll. (*Corresp.-Bl. f. schweitz. Aerzte*, 15 novembre.) — De l'assimilation des hypophosphites, par Garnier. (*Revue méd. de l'Est,* 24, p. 737.) — Trional comme hypnotique, par A. Bœttiger. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.) — L'euphorine et ses indications thérapeutiques, par G. Cao. (*La Riforma medica*, 18 nov.)

Thorax. — Un cas de sarcome du médiastin, par Dempwolff. (*Inaug. diss. Berlin.*)

Thrombose. — Thrombose de l'artère pulmonaire pendant l'état puerpéral, par Babylon. (*N. York med. record*, 19 novembre.) — Thrombose de l'artère humérale gauche, suite de grippe, par Leyden. (*Berlin. klin. Wochens.,* 3 octobre.)

Thyroïde. — Recherches sur le corps thyroïde du rat, par H. Cristiani.

(*Rev. médic. Suisse romande*, novembre.) — Tissu colloïde dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques du corps thyroïde dans le goître, par Horne (*Journ. of anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — Sur la physiologie du corps thyroïde, par G. B. Ughetti. (*Riforma medica*, 9 décembre.) — De la thyroïdectomie chez le chat pour servir à la physiologie de la glande thyroïde, par Cristiani. (*Arch. de phys.*, IV, 1.) — Sur l'anatomie et la physiologie des glandes et glandules thyroïdiennes chez le rat, par Cristiani. (*Ibid.*) — Sur la fonction thyroïdienne, crétinisme expérimental sous deux formes typiques, par Moussu. (*Soc. de biol.*, 17 décembre.) — Des effets de la thyroïdectomie, par Gley. (*Ibid.*) — De l'hypertrophie compensatrice du corps thyroïde, par Beresowski. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 122.) — Phénomènes laryngés et trachéaux dans le goitre, par Ajello. (*Soc. ital. di laring.*, 26 octobre.) — Hémorragie dans un goitre kystique, par Aldehoff. (*Deut. med. Woch.*, 30, p. 684.) — Thyroïdite suppurée au 3e jour d'une fièvre typhoïde, par Kocher. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 août.) — Goitre suraigu, par R. Landau. (*Deut. med. Woch.*, 42, p. 944.) — Le goitre tuberculeux, par Bruns. (*Beit. z. klin. Chir.*, X, 1.) — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du corps thyroïde et en particulier du sarcome ossifiant, par F. Pick. (*Zeitschr. f. Heilkunde*, XIII, 1, p. 71.) — Goitre rénal malin, par J. Israel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Diminution du goitre par les courants faradiques, par Miller. (*Med. News*, 3 décembre.) — Traitement cataphorétique du goitre par l'iode, par Mc Guire. (*News Orleans med. journ.*, septembre.) — Recherches sur le goitre, son opération et la mort, par le goitre, par Kronlein. (*Beit. z. klin. Chir.*, IX, 3.) — De l'extirpation du goitre, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — Goitre exophtalmique et dégénérescence mentale, par Raymond et Sérieux. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Tremblement dans la maladie de Graves, par Maude. (*Brain*, 59 et 60, p. 424.) — Affections osseuses dans le goitre exophthalmique, par Köppen. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Maladie de Graves, emploi des tubes de Leiters sur la région précordiale, par Maude. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 25.)

Torticolis. — Torticolis spasmodiques, par Booth. (*N. York neurol. Soc.*, 1er novembre.) — Torticolis et paralysies des muscles de l'œil, par Graefe, (*Cent. f. prakt. Augenh.*, décembre.)

Trachée. — Rôle phonique de la trachée ou porte-vent, par Moura. (*Bull. soc. de laryng. Paris*, décembre.) — De l'influence de l'air condensé et raréfié sur la pression intra-trachéal chez l'homme, par Aron. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXX, 2.) — Polypes de la trachée, par Avellis. (*Monats. f. Ohrenh.*, 7.) — Sur les tumeurs primitives des voies aériennes profondes, par Siegert. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXIX, 3.) — Cancer primitif de la trachée, métastase de la capsule surrénale gauche, mélasma sus-rénal, par Reiche. (*Cent. f. allg. Pathol.*, IV, 1.) — De la trachéotomie, par Holden. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 157.) — Deux cas de trachéotomie d'urgence, par Demons. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 12 fevrier.) — Trachéotomie et tubage à l'hôpital des enfants de Zurich, statistique de 1874-91, par Baer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, p. 201.) — Etude sur vingt trachéotomies pratiquées à la clinique des maladies des enfants à Florence, par Matucci. (*Sperimentale*, XLVI, 18. — De quelques difficultés de la trachéotomie, nouvelle canule à trachéotomie, par Verneuil. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 623.)

Transfusion. — La transfusion du sang homogène défibriné dans la cavité

péritonéale et l'échange matériel, par Pugliese. (*Atti della Accad. dei fisiocritici*, VI, 5 et 6 et *Arch. ital. de biol.*, XVIII, 3.) — Nouvelles recherches sur la transfusion, par Ziemssen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 491.) — Transfusion dans un cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Löwenthal. (*Wiener med. Woch.*, 26.) — Sur la valeur comparative de la transfusion du sang et de l'injection intra-veineuse de solution de chlorure de sodium dans les empoisonnements, par F. Moramarco. (*La Riforma medica*, 4 novembre.)

Traumatisme. — La nature du choc et des troubles qui en dépendent, par Dabney. (*Med. News.* 3 décembre.)

Tremblement. — Caractères cliniques et signification diagnostique du tremblement, par Dana. (*Med. News,* 17 décembre.)

Trépanation. — Trépanation pour accidents cérébraux tardifs consécutifs à un traumatisme, par Peyrot. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 633.) — Fracture esquilleuse du crâne à distance d'une plaie non pénétrante, épilepsie corticale, trépanation, par Rose. (*Berl. klin. Wosch.*, 30 mai.) — Plaie du cerveau par instrument piquant, intervention préventive, par Sonnenburg. (*Ibid.*)

Tuberculose. — Des raisons pour lesquelles l'homme est atteint de tuberculose, par Brush. (*N. York med. journ.*, 10 décembre.) — L'influence des diathèses sur l'évolution de la phtisie, par Solly. (*N. York med. record,* 3 décembre.) — La phtisie pulmonaire dans l'Oberhasli de 1876 à 1885, par Jos. Renggli. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Hérédité et infectiosité de la phtisie, par A. Riffel. (*Brunswig.*) — Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par Bernheim. (In-8°, 540 p., *Paris.*) — La question de la tuberculose au point de vue de l'inspection des viandes, par Sticker. (*Arch. f. animal. Nahrungsmittelk*, VII et *Hyg. Rundsch.*, II, 640.) — Les cultures du bacille de Koch sur la lamelle, par Lickfett. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1025.) — Pseudotuberculose aspergillaire, par Rénon. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — De l'évolution de la tuberculose provoquée chez les lapins par les bacilles morts et de son traitement par la tuberculine, par Kostenitsch. (*Arch. de méd. expér.*, V, 1.) — De la tuberculose expérimentale chez les animaux à sang froid, par Hawara. (*Thèse de Lyon.*) — La tuberculose des animaux et les moyens de la combattre, par Zschokke. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 578, 15 septembre.) — La tuberculose bovine, ses dangers, ses progrès, sa prophylaxie, par Nocard. (*Ann. d'hyg. publiq.*, novembre.) — De la tuberculose congénitale, par Staicovici. (*Thèse de Paris,* 26 janvier.) — La tuberculose congénitale, par Londe et Thiercellin. (*Gaz. des hôp.*, 18 février.) — Gommes et tuberculose miliaire dans le même poumon ; diagnostic différentiel, par Hodenpyl. (*N. York med. record*, 3 décembre.) — De la fièvre dans la tuberculose pulmonaire et de sa valeur pronostique, par Strumpell. (*Münch. med. Woch.*, 50 et 51, p. 905 et 932.) — De l'endocardite dans l'infection tuberculeuse, par Courtillo. (*Thèse de Paris*, 22 décembre.) — Le cœur des phtisiques, par Potain. (*La médecine moderne*, 31 décembre.) — Tuberculose du péricarde, des ganglions du médiastin et des plèvres. Intégrité des poumons. Symphyse cardiaque totale consécutive, mort par asystolie, par Pineau. (*Soc. anat.*, 16 décembre, p. 760.) — Tuberculose externe simulant une syphilis vaccinale, par Peter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre.) — La tuberculose de la peau et des muqueuses, par Doutrelepont. (*Deuts. med. Woch.*, 46,

p. 1034.) — La tuberculose génitale chez la femme, fréquence, histoire clinique, par WILLIAMS. (*N. York med. record*, 17 décembre, p. 715.) — De l'hospitalisation des tuberculeux, par L. REVILLIOD. (*Revue médic. Suisse romande*, p. 757, novembre.) — Du traitement de la phtisie par les climats d'altitude, par MAJOR. (*Semaine méd.*, 7 décembre.) — Sur l'installation d'établissements de santé pour les poitrinaires pauvres, par WOLFF. (*Münchener med. Woch.*, 51, p. 927.) — Traitement de la phtisie pulmonaire (d'après Landerer) par le baume de Pérou et l'acide cinnamique, par SCHOTTIN. (*Ibid.*, 41 et 42, p. 728 et 747.) — Nouvelles contributions à l'étude du traitement de la tuberculose par la cantharidine, par SCHULTZE. (*Ibid.*, 48, p. 854.) — Créosote dans la phtisie, par FÜRBRINGER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1287, 12 décembre.) — Traitement de la phtisie par la créosote, par Albert ALBU. (*Ibid.*, 19 décembre.) — Traitement de la tuberculose par la créosote, par STARK. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Injections de guaïacol et d'iodoforme dans la tuberculose pulmonaire, par TURIA. (*Gazz. degli Ospit.*, 1er octobre.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile camphrée, par Bruno ALEXANDER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Le salol par la voie hypodermique dans la tuberculose pulmonaire, par G. GROSSI. (*La Riforma medica*, 31 octobre.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'action combinée de l'iodoforme et des injections hypodermiques de sang de chien, par M. SEMMOLA. (*Progresso medico*, 20 février.) — Expériences sur les effets de la tuberculine chez les bovidés, par KIEKHAEFER, COLBERG, JUNGERS et SCHMIDTKE, KRICHELS, DELVOS, BUCH, SIEDAMGROTZKI et JOHNE, UJHELYI, LAPP, JUNGERS. (*Hyg. Rundsch.*, II, 568.) — Deux cas d'ouverture au thermo-cautère et de drainage de cavernes pulmonaires tuberculeuses, par ROUX et PÉGAITAZ. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 567.) — Traitement de la tuberculose chirurgicale, par SALOMONI. (*Gaz. degli Ospit.*, 5 novembre.) — Du traitement des tuberculoses locales par la méthode sclérogène, par PORLIS. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Traitement de la tuberculose osseuse et articulaire, par la glycérine iodoformée, par BRODNITZ. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXV, 5 et 6.) — Sur la tuberculose chirurgicale et en particulier sur le traitement des arthrites et des adénopathies tuberculeuses, par A. GIACINTI. (*La Riforma medica*, 2 et 3 nov.) — Contribution à l'étude de la méthode sclérogène, injections périarticulaires de chlorure de zinc, par DAVID. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le traitement des tuberculoses articulaires par la méthode de Lannelongue, par BIAGINI. (*Sperimentale*, 31 mai.) — Traitement conservateur dans la tuberculose articulaire, par BIER. (*Berl. klin. Woch.*, 25 juillet.)

Tumeur. — L'extirpation précoce des tumeurs, par GOULEY. (*Med. News*, 3 décembre.) — Du déciduome malin, par VEIT et GOTTSCHALK. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 décembre.) — Recherches sur l'endothéliome glycogénique, par DRIESSEN. (*Beit. zur pathol. Anat.*, XII, 1, p. 65.) — De quelques formes rares de tumeurs (lipome à marche rapide, fibrome préuréthral, épithélioma sur une cicatrice, sarcomes alvéolaires multiples et symétriques des régions inguino-crurales, angiome caverneux capillaire du doigt), par NINNI. (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti*, p. 136.)

Typhoïde. — La fièvre typhoïde à Catane de 1866 à 1886, par DI MALTEI. (*Arch. f. Hyg.*, XIII et *Hyg. Rundsch.*, II, 795.) — Morbidité et mortalité typhoïdiques de la garnison de Catane, par le même. (*Ibid.*) — Epidémie de fièvre typhoïde transmise par le lait à Clermont-Ferrand, par GOYON, Bou-

CHEREAU et FOURNIAL. (*Rev. d'hyg.*, novembre.) — La fièvre typhoïde et les eaux à Coligny, par GAUTHIER. (Broch. *Bourg.*) — Une épidémie de fièvre typhoïde due à l'eau de boisson, par VON FODOR. (*Deutsche med. Woch.*, XXXIII, p. 744.) — De la fièvre typhoïde, par feu TYLDEN. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXVIII, p. 289.) — Les causes de la fièvre typhoïde, par GASSER. (In-16, 187 p., *Paris.*) — Causes de la diffusion de la fièvre typhoïde, par BILLINGS. (*Med. News*, 26 novembre.) — De la spécificité de la fièvre typhoïde, par FOURNIER. (*Bull. de thérap.*, 15 décembre.) — De l'étiologie de la fièvre typhoïde et de la vitalité dans le sol du bacille d'Eberth, par MOREAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par MALVOZ. (*Mémoires couronnés par l'Acad. de Méd. de Belgique*, XI.) — Contribution à l'étude du bacille de la fièvre typhoïde, par FASCHING. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 18.) — De quelques caractères différentiels du bacille typhique et du bacille du colon, par MICHELE. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 459.) — De l'immunité contre la fièvre typhoïde, par R. STERN. (*Deutsche med. Woch.*, 37, p. 827.) — Typhus abdominal et typhus pellagreux, par A. CARRAROLI. (*La Riforma medica*, 27 décembre.) — De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde, par LABASTE. (*Thèse de Lyon.*) — Les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et les bains froids, par CHAMINADE. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.) — Des hémorragies intestinales typhiques, par KRAFT. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 329.) — Perforation pleuro-intestinale et vomique dans le cours d'une fièvre typhoïde, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Hémiplégie dans le cours de la fièvre typhoïde, par HAWKINS. (*London clin. soc.*, 9 décembre.) — Les résultats de l'expectation dans trois cent vingt-trois cas de fièvre typhoïde, par A. SPENCE. (*N. York med. record*, 26 novembre.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid, par OSLER (*Med. News*, 3 décembre.) — Rapport sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à l'hôpital allemand de Philadelphie, par WILSON. (*Med. News*, 26 nov.) — Action physiologique de l'acide phénique, son emploi dans la fièvre typhoïde, par CHARTERIS. (*Brit. med. j.*, 31 décembre.) — De l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes, par LORANCHET. (*Gaz. heb. Paris*, 18 février.) — Acide borique dans la fièvre typhoïde, par TORTCHINSKY. (*Bolnitchnaïd Gaz.*, 48.)

U

Ulcère. — Traitement de l'ulcère de Pendjeh par le violet de méthyle, par SUBOW. (*Vratch*, 39.)

Urémie. — Saignée dans l'urémie, par ROSS. (*N. York med. journ.*, 24 déc.)

Urètre. — Fonctions du bulbe de l'urètre par ALLEN. (*Journ. of Anat.*, nouv. sér., VII, 2.) — De l'endoscopie de l'urètre, par GRUNFELD. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 octobre.) — Urétroscope perfectionné, par OTIS. (*N. York med. journ.*, 17 décembre.) — Étiologie de l'urétrite catarrhale des enfants, par RONA. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — Traitement de l'urétrite spécifique et non spécifique par les médicaments topiques oléagineux, par CHANCELLOR. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 17 décembre.) — Les rétrécissements imaginaires de l'urètre, par Alexander PEYER. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Nouveaux moyens pour le

traitement des affections urétrales, par Lang. (*Wien. med. Wochens.*, 36.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par Horteloup. (*France méd.*, 47, p. 737.) — Urétrotomie interne pour rétrécissements calleux multiples, par M. Schueller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 927, 12 septembre.) — Calcul retenu derrière un rétrécissement de l'urètre, rétention et infiltration d'urine, opération, guérison, par Thistle. (*Lancet*, 10 décembre.) Rupture traumatique de l'urètre, urétrotomie externe, insuccès, suture consécutive, réunion immédiate, résultat satisfaisant, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — Nouveau procédé d'urétroplastie, par Max Schueller. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 847, 22 août.)

Urinaires (Voies). — Lithiase urinaire expérimentale, par Tuffier. (*Soc. de biol.* 24 décembre). — De l'antisepsie des voies urinaires, par Mabbocca, (*Gazzetta de gyn.*, mai.) — De l'abcès urineux, pathogénie et traitement, par Bazy. (*Progrès médical*, 31 décembre.) — Du traitement de l'infiltration urineuse, par Averous. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la dérivation par le rectum du cours de l'urine, urétéro-entérostomie, cystentérostomie, par Tuffier. (*Soc. anat. Paris*, 30 décembre.) — Du point de départ de la tuberculose urinaire, par Donnadieu. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er novembre.) — Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants, par Townsend. (*Boston med. journal*, 22 décembre.)

Urine. — Guide pour l'examen chimique et microscopique de l'urine, par Albert Darler. (*Vienne.*) — La toxicité de l'urine normale, par Le Noir. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — Sur la valeur clinique de l'élimination exagérée par les urines des acides sulfo-conjugués et spécialement de l'indican, dans les maladies de l'appareil digestif, par Reale. (*Riv. clin. e terapeutica*, 9, p. 513.) — La coloration de l'urine par le bleu de méthylène au point de vue du diagnostic, par R. Kutner. (*Deutsche med. Woch.*, 48, p. 1086.) — De la valeur positive du procédé de Nylander pour le dosage du sucre, par Kistermann. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 423.) — Etude de la teneur en solution de l'acide urique dans l'urine, par Rudel. (*Arch. f. exp. Path.*, XXX, 5 et 6.) — Étude sur la composition de l'urine, examen chimique et quantitatif dans l'enfance, par Schiff. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 1 et 2.) — Quelques analyses sur la quantité d'azote, sur l'urée et sur l'ammoniaque dans l'urine des sujets atteints de lésions du foie, par Sjöquist. (*Nord. med. Ark.*, XXIV, 36.) — Présence des acides carbamiques dans l'urine de l'homme et du chien après ingestion abondante d'hydrate de chaux, par Abel et Muirhead. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 1.) — Présence du sucre dans l'urine dans l'état puerpéral, par Mc Cann et Turner. (*London Obstet. Soc.*, 7 déc.) — Sur la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine de malades traités par le sulfonal, par Hammarsten. (*Arch. f. Physiol.*, 3, p. 319.) — Excrétion de l'azote par les urines, par Gumlich. (*Arch. f. Phys.*, p. 164.) — Sur l'urée et les bacilles urinaires, par Achard et Renault. (*Soc. de biol.*, 3 décembre.)

Urticaire. — A propos de l'urticaire, par Dubreuilh. (*Gaz. des hôp.*, 13 décembre.) — Sur l'anatomie pathologique de l'urticaire et de la dermographie, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 27 décembre.) — A propos de l'urticaire, par Jacquet. (*Ibid.*)

Utérus. — Pathologie de la muqueuse utérine, par Uter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — Des corps jaunes calcifiés, par Sutton. (*Americ. j. of Obs.*, déc.) — Étude de l'infection septique et pyémique de l'utérus, par Gärtner. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Hémorragies sous-choriales de la caduque,

par Walther. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1072.) — Sur certaines ulcérations du museau de tanche d'origine tuberculeuse, par Nanard. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.) — Abcès juxta-utérin chez une fille de 12 ans, par Cramer. (*Deutsche med. Woch.*, 33, p. 749.) — Des résultats éloignés du curetage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques, par Huguenin. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Du sulfate de cuivre dans le traitement de l'endométrite et des accidents qu'il peut produire, par Matignon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 décembre.) — Un cas d'inversion utérine chez une accouchée, par Witzinger. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Inversion complète de l'utérus après l'accouchement, par Cushing. (*Med. News*, 26 novembre.) — Diagnostic et traitement de l'antéflexion utérine, par Verrier. (*France méd.*, 46, p. 721.) — Traitement chirurgical de la chute de l'utérus, par Terrillon. (*Bull. de thér.*, 15 décembre.) — Traitement du prolapsus utérin complet, par Lowell. (*Boston med. Journal*, 29 décembre.) — Des maladies de la trompe, par Tipjakoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 février.) — Les suppurations péri-utérines; le pyocèle rétro-utérin, par Iversen. (*Deutsche med. Woch*, 48, p. 1095.) — Les salpingites, par Landau. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Le bacille lancéolé de Fränkel dans la pyosalpingite, par Witte. (*Deut. med. Woch.*, 20, p. 451.) — Traitement chirurgical des suppurations chroniques intrapelviennes, par Theodor Landau. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 949, 19 septembre.) — De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes, par Jullien. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines, par Macquart-Moulin. (*Thèse de Paris*, 15 décembre.) — Trois cent vingt-quatre opérations sur l'utérus et ses annexes, par Doyen. (*Arch. prov. de chir.*, I, 6.) — Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpynx, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 18 décembre.) — Kyste du ligament large droit, opération, par Rendu. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Hernie de la trompe légèrement étranglée, irréductible, opération, guérison, par Homans. (*Transact. Americ. surg. Assoc.*, X, p. 171.) — Biologie des fibromyomes utérins, par Kleinwächter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXV, 2.) — Des modifications de la muqueuse utérine dans les cas de myomes, par Semb. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIII, 2.) — Dystocie par fibrome utérin, par Leibholz. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 octobre.) — Méthode d'Apostoli pour les fibromes utérins, par Kaarsberg. (*Ugeskrift f. Lægevid*, 10.) — Le traitement des fibromes utérins par l'électricité, par Schaeffer, Broese, Martin, Gusserow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 861, 22 août.) — Polypes fibreux utérins traités et guéris par l'électricité, par Dufour. (*Normandie méd.*, 1er décembre.) — Traitement chirurgical des fibromes utérins, par Bonnet. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 juin.) — Deux cas anormaux de fibromes, extirpation par la laparotomie, par Miller. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Extirpation totale de la matrice et d'un fibrome développé dans sa paroi postérieure, par la voie abdominale, au moyen d'un appareil à traction, par Reverdin. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 834.) — Hystérectomie abdomino-vaginale dans les gros fibromes utérins, par Ramon. (*Thèse de Paris*, 25 janvier.) — Volumineux fibrome de l'utérus; hystérectomie abdominale, par Dubar. (*Bull. méd. du Nord*, 24, p. 533.) — Deux cas d'hystérectomie, par Lawson Tait. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIV, 3.) — Technique de l'hystérectomie vaginale, par Carstens. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Extirpation totale de l'utérus, par Strong. (*Boston med. Journal*, 1er décembre.) — De l'hystérectomie vaginale, (procédé de Ruggi), par G. Galliani. (*La Riforma medica*, 26 et 28 novembre.) — Le diagnostic hâtif du cancer de l'utérus, par Löhlein. (*Deutsche med. Woch.*, 47, p. 1071.) — Nécessité d'un diagnostic précoce pour la guérison du cancer utérin, par Goodell. (*Med. News*, 10 décembre.) — Néoplasies

de la portion cervicale de l'utérus, par Josef Albert AMANN fils. (*Munich.*) — Fribromyome et carcinome de l'utérus, par PREUSCHEN. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 899.) — De quelques particularités du cancer intra-utérin. Son traitement, par VAUTRIN. (*Rev. méd. de l'Est*, 2, p. 33.) — Tumeurs malignes de l'utérus, leur traitement, par PORTER. (*N. York med. journ.*, 17 décembre.) — Traitement du cancer utérin par l'alcool, par POMORSKI. (*Nowy lekarsk.*, 12.) — Quelques considérations sur le cancer du corps utérin, par WEISS. (*Revue méd. de l'Est*, 24, p. 744.)—Du traitement palliatif du cancer du col utérin, par SÄNGER. (*Schmidt's Jahrbucher*, CCXXXVII, 1.) — De l'amputation sus-vaginale du col utérin dans le cancer, par LEWERS. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 décembre.) — De l'hystérectomie totale pour cancer, par MULLER et par CONRAD. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus; 25 cas d'hystérectomie vaginale, par REED. (*Americ. j. of Obst.*, décembre.) — Guérison spontanée d'une rupture de l'utérus intra partum, par RICHTER. (*Deutsche med. Woch.*, 45, p. 1012.) — Rupture utérine guérie, par FEHLING. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Deux cas de rupture utérine non pénétrante, par KUPFERBERG. (*Münchener med. Woch.*, 50, p. 908.)

V

Vaccin. — Résultats de la vaccination, dans le royaume de Bavière, pour l'année 1891, par STUMPF, (*Münchener med. Woch.*, 51 et 52, p. 931 et 935.) — Épuration de la pulpe vaccinale glycérinée, par SAINT-YVES-MÉNARD. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin médical*, 7 septembre.) — Épuration de la pulpe vaccinale glycérinée, par CHAMBON et SAINT-YVES-MÉNARD. (*Gaz. des hôp.*, 15 décembre.) — Note sur la pulpe glycérinée de vaccin de génisse (efficace encore au bout de 6 mois au moins), par Eugène DESCHAMPS. (*Revue d'hyg.*, XIV, 652.) — Vaccine accidentelle des paupières, par THOMPSON (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 32.) — De l'immunité par l'hérédité et par l'allaitement, par EHRLICH. (*Zeitschrf. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 625.) — De l'immunité à l'égard des micro-organismes et de l'immunité à l'égard de leurs poisons, par BRIEGER, KITASATO et WASSERMANN. (*Zeitschrf. f. Hyg. und. Infektionskrankh.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 621.) — Sur les reclamations de priorité de Emmerich dans la question de la séro-thérapie, par BEHRING. (*Centralbl. f. Bakter.*, XXII, p. 74, 2-3.)— Le rôle du sérum dans le mécanisme de l'immunité, par CHARRIN et ROGER. (*Soc. de biol.*, 3 décembre.)

Vagin. — Hyperesthésie vaginale cause des douleurs pelviennes réflexes, par STRONG. (*Boston med. Journal*, 4 novembre.) — Un cas de fibromyome du vagin, par GREEN. (*Ibid.*, 22 décembre.)

Varice. — Origine constitutionnelle et héréditaire du varicocèle, par LYDSTON. (*Med. News*, 26 novembre.)

Variole. — Recherches sur la proportion quantitative des globules du sang dans la variole et ses complications, par PICK. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 1 et 2.) — Sur les manifestions épidémiques de la variole, du fonctionnement du service municipal de la vaccine à Bordeaux, par RAPUE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques recherches au sujet de la collision de la

variole et de la vaccine, par PRAUTOIS. (*Revue méd. de l'Est*, 20, p. 628.) — Variolo-vaccine, par GILLET. (*Rev. gén. de clin.*, 50, p. 787.) — Efficacité de la vaccination pendant une épidémie variolique, par REGOLI. (*Arch. ital. di pediat.*, p. 83.)

Veine. — Absence de la veine-cave inférieure, par KOLLMANN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Pyléphlébite suppurée, par EWALD. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — De la ligature de la veine crurale, par TRZEBICKY et KARPINSKI. (*Arc. f. klin. Chir.*, XLV, 3.)

Vessie. — Innervation de la vessie, par J. BERNHEIM. *Idem.*, par Justus GAULE. (*Archiv. für Physiologie.* Supplément Band, p. 11 et 29.) — Urinémie et septicémie vésicale, par CORDÈS. (*Revue méd. Suisse romande*, p. 717, octobre.) — Drainage de la vessie par le périnée, par KEY. (*Lancet*, 24 décembre.) — Traitement des cystites suppurées par l'émulsion d'iodoforme, par FILIPPOW. (*Chirurg. Westnik*, août.) — Du traitement de la cystite tuberculeuse, de l'emploi des instillations de sublimé, par CONDÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Exstrophie vésicale, par W. von MURALT. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Deux cas de cystocèle crurale chez la femme, par Otto LANZ. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 juillet et 1er août.) — Pathogénie et diagnostic des hernies de la vessie, par ROTH. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 535.) — Des hernies de la vessie, par AUC. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XXXV, p. 351.) — Feuille de vigne constituant le noyau d'un calcul vésical, par REPELIN. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — Pessaire préventif poussé par un coït dans la vessie, extraction, par LOEHLEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Dissolution d'un calcul vésical urique, par l'eau d'Ems, par B. von LANGENBECH et Ed. ARONSOHN. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Fragments de sonde égarés dans la vessie. Tentatives infructueuses d'extraction par l'urètre. Taille hypogastrique; guérison, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 décembre.)— La cystotomie sus-pubienne et ses principales applications, par PAYRÉ. (*Thèse de Montpellier.*) — Taille sus-pubienne, son utilité; procédé pour éviter la fistule, par GERRISH. (*Trans. americ. surg. Assoc.*, X, p. 235.) — De l'incision dans la cystotomie sus-pubienne, par ARMAND. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — La néo-miction des cystotomisés, son mécanisme, sa réglementation, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 11 décembre.) — Résultats éloigné et récent de l'intervention pour tumeurs de la vessie, par RAFIN. (*Lyon méd.*, 4 décembre.) — L'opération des fistules vésico-vaginales faite par la voie vésicale, par TREUDELENBURG. (*Deutsche med. Woch.*, 23, p. 518.)

Vin. — Dosage volumétrique de la glycérine dans les vins, par V. OLIVERI et M. SPICA. (*Rev. externe d. falsif.*, V.) — Dosage de l'acidité des vins, par SEILER. (*Ibid.*).

Virus. — De la conservation des virus dans la glycérine, par SCLAVO. (*Riv. d'igiene*, 19, p. 554.) — Influence des causes prédisposantes sur le développement des maladies infectieuses et le renforcement de la virulence, par GALTIER. (*Journ. de méd. vétér.*, p. 330.)

Vitré (Corps). — De la formation des corps flottants dans le corps vitré, par IMRE. (*Pester med. chir. Presse*, 42.)

Vomissements. — Vomissements incoercibles chez une fille de 27 ans, par RIEGEL. (*Deutsche med. Woch.*, 40, p. 901.

X

Xanthome. — Xanthome multiple chez un enfant, par M'Call ANDERSON. (*Brit. med. Journ.*, 3 décembre.)

Z

Zona. — Le zona doit être rangé parmi les maladies infectieuses. Résultat de l'enquête de la Société générale des médecins de Thuringe, par Th. von WASILEWSKI. (*Iena.*) — Zona fémoral avec adénopathie, par G. FATICHI. (*Sperimentale*, 5, p. 85.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. SIMON DUPLAY, professeur à la Faculté de médecine et PAUL RECLUS, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Tome VIII et dernier. — Un volume in-8° de 1255 pages, avec 207 figures dans le texte. — Prix : 22 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 8 volumes : 150 francs.

Le tome VIII contient : *Organes génitaux de l'homme*, par M. P. RECLUS. — *Vulve et vagin*, par M. P. MICHAUX. — *Maladies de l'utérus*, par M. PIERRE DELBET. — *Annexes de l'utérus*, par M. PAUL SEGOND. — *Maladies des membres*, par M. KIRMISSON.

Leçons de thérapeutique, par GEORGES HAYEM, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Quatrième et dernière série des *Médications*. — Un volume grand in-8° de 806 pages. — Prix : 12 francs.

Ce volume contient : *Médication antidyspeptique. — Médication antidyspnéique. — Médication de la toux. — Médication expectorante. — Médication de l'albuminurie, de l'urémie. — Médication antisudorale.*

Chacun des trois premiers volumes est vendu 8 francs.

Variolo-vaccine. — Contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine, par CH. HACCIUS, directeur de l'Institut vaccinal suisse. — Brochure grand in-8° avec 15 planches. — Prix : 5 francs.

SIX VOLUMES NOUVEAUX DE L' « ENCYCLOPÉDIE LÉAUTÉ » (2 fr. 50 le volume).

Les Acariens parasites, par P. MÉGNIN, ancien vétérinaire de l'armée, membre de la Société de biologie et de la Société de médecine légale.

Physique du physiologiste et de l'étudiant en médecine. — Actions moléculaires, acoustique, électricité, par J. BERGONIÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Menstruation et Fécondation. — Physiologie et Pathologie, par A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

Moyens de défense dans la série animale, par M. CUÉNOT (de Nancy). — 1 volume petit in-8°, de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* — Prix : 2 fr. 50.

Anatomie obstétricale, par le Dr L.-A. DEMELIN. — Prix : 2 fr. 50.

Étude de clinique chirurgicale (Hôpital Necker, année scolaire 1891-1892) par A. LE DENTU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. — 1 volume in-8. — Prix : 8 francs.

Manuel technique de massage, par le Dr J. Brousses, médecin-major de 2e classe, répétiteur de pathologie chirurgicale à l'Ecole du Service de santé militaire, lauréat de l'Académie de médecine. — 1 volume petit in-18, avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Les Purgatifs, par G. Patein, docteur ès sciences, docteur en médecine, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

V. Hanot. — *La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique*, 1 volume. — G.-M. Debove et Courtois-Suffit. — *Traitement des Pleurésies purulentes*, 1 volume. — J. Comby. — *Le Rachitisme*, 1 volume. — Ch. Talamon. — *Appendice et Pérityphlite*, 1 volume. — G.-M. Debove et Rémond (de Metz). — *Lavage de l'estomac*, 1 volume. — J. Seglas. — *Des Troubles du langage chez les aliénés*, 1 volume. — A. Sallard. — *Les Amygdalites aiguës*, 1 volume. — L. Dreyfus-Brisac et I. Bruhl. — *Phtisie aiguë*, 1 volume. — P. Sollier. — *Les troubles de la mémoire*, 1 volume. — De Sinéty. — *De la Stérilité chez la femme et de son traitement*, 1 volume. — G.-M. Debove et J. Renault. — *Ulcère de l'estomac*, 1 volume. — G. Daremberg. — *Traitement de la phtisie pulmonaire*, 2 volumes. — Ch. Luzet. — *La Chlorose*, 1 volume. — E. Mosny. — *Broncho-pneumonie*, 1 volume. — A. Mathieu. — *Neurasthénie*, 1 volume. — P. Blocq. — *Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, 1 volume. — N. Gamaleia. — *Les Poisons bactériens*, 1 volume. — H. Bourges. — *La Diphtérie*, 1 volume. — P. Yvon. — *Notions de Pharmacie nécessaire au médecin*, 2 volumes. — L. Gailliard. — *Le Pneumothorax*, 1 volume. — Trouessart. — *La Thérapeutique antiseptique*, 1 volume. — Juhel-Rénoy. — *Traitement de la fièvre typhoïde*, 1 volume. — J. Gasser. — *Les Causes de la fièvre typhoïde*, 1 volume. — Chaque volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix 3 fr. 50.

Le paludisme chronique, par le Dr Catrin, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, ex-répétiteur d'histologie normale et pathologique à l'Ecole du service de santé militaire.

Librairie **Octave Doin**, éditeur, place de l'Odéon, 8, Paris.

Traité des rétrécissements de l'urèthre, par le Dr P. Hamonic, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine. — Un volume in-8° de 620 pages, avec 107 figures. — Prix : 12 francs.

Paralysies et contractures hystériques, par le Dr Paul Richer, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. — Un volume grand in-8° de 240 pages, avec 32 figures. — Prix : 5 francs.

L'antipyrine (leçons professées à la Faculté de médecine de Bordeaux), par le Dr E. Rondot, agrégé à ladite Faculté. — In-8° de 60 pages. — Prix : 2 francs.

Les teintures alcooliques de la pharmacopée française (étude clinique et analytique, par Albert Domergue, pharmacien en chef des hôpitaux civils de Marseille. — Un volume in-8° de 210 pages. — Prix : 5 francs.

Le régime des diabétiques, par le professeur W. Ebstein. Traduit de l'al-

lemand par le Dr J. Dagonet, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne. — Un volume in-8° de 205 pages. — Prix : 5 francs.

Contribution à l'étude clinique des cardiopathies artérielles à type myovalvulaire, par le Dr Faure-Miller. — Un volume in-8° de 130 pages. — Prix : 3 francs.

Moyens de se préserver du choléra. (Devoirs et hygiène des personnes appelées à soigner des malades. — Premiers soins à donner, par le Dr Depierris, préface du Dr de Christmas. — In-8° de 50 pages. — Prix : 1 franc.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. Application à la toxicologie et à la thérapeutique (6e fascicule). Action de l'atropine, de la pilocarpine et de la cocaïne sur les leucocytes. — Un volume in-8° de 162 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Précis d'analyse quantitative, par A. Villiers, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie. — Un volume in-8° cartonné de 510 pages avec 99 figures dans le texte. — Prix : 12 francs.

Librairie **J.-B. Baillière fils**, rue Hautefeuille, 19.

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par P. Coyne, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Un volume in-8° de 800 pages, avec figures. — Prix : 10 francs.

Clinique chirurgicale, par A. Richet, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-8° de 660 pages. — Prix : 12 francs.

Le lait, par le Dr Jules Rouvier, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, préface du Dr P. Budin. — Un volume in-18 jésus de 350 pages, avec figures (*Bibliothèque médicale variée*). — Prix : 3 fr. 50.

Formulaire de l'antisepsie et de la désinfection, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie. — Un volume in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné. — Prix : 3 francs.

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète, etc., par le Dr Henri Picard. — Un volume in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix : 5 francs.

Précis de tératologie (anomalies et monstruosités chez l'homme et les animaux), par L. Guinard, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon, préface par C. Dareste, membre de l'Institut. — Un volume in-18 jésus de 552 pages, avec 272 figures. — Prix : 8 francs.

Le Thé (botanique et culture — falsifications et richesse en caféine des différentes espèces), par A. Biétrix, pharmacien de première classe. — Un volume in-16 de 160 pages, avec 27 figures. (*Petite Bibliothèque scientifique*). Prix : 2 francs.

Guide pratique pour l'analyse des urines, par G. Mercier, pharmacien de première classe. — Un volume in-16 de 200 pages, avec 4 planches coloriées, cartonné. — Prix : 4 francs.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

Vient de paraître : Tome III et dernier. (*Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. — Membres.*) — Un volume in-8° de 1,000 pages. — Prix : 12 francs.

Ouvrage complet : 3 volumes in-8°, ensemble 3,000 pages. — Prix : 36 fr.

Contribution à l'étude de la grossesse tubaire, par le Dr L. Jouin. — Grand in-8°, 120 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire, par le Dr A. Krogius. — Grand in-8°, 109 pages, avec 3 planches. — Prix : 4 francs.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie, par le docteur A. Cullerre, directeur de l'Asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. — Un volume in-16 de 318 pages (*Bibliothèque scientifique contemporaine*). — Prix : 3 fr. 50.

La Gripp, Influenza (étiologie, pathogénie, formes cliniques, traitement, par le Dr J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Un volume in-8° de 200 pages, avec planches. — Prix : 5 francs.

Traitement des abcès du foie, par le Dr Leblond, interne des hôpitaux de Paris. — Un volume grand in-8° de 200 pages. — Prix : 5 francs.

Une erreur de sexe (avec ses conséquences, par le Dr Guermonprez. — In-8° de 47 pages, avec 7 figures. — Prix : 2 francs.

Épilepsie (sa nature, son traitement), par le Dr Alexandre Paris, médecin en chef de l'Asile de Meurthe-et-Moselle. Paris, 1892. — In-8, 79 pages. — Prix : 2 francs.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes.

Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose, par Henri Leloir, professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine, lauréat (*bis*) de l'Institut, etc. — Un volume in-4° de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, 22 tableaux statistiques et un atlas de 15 planches. — Prix : 30 francs.

Librairie **G. Steinheil**, 2, rue Casimir-Delavigne.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, par le Dr Vigneron, ancien interne des hôpitaux. — Prix : 5 francs.

Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement), par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne lauréat des hôpitaux. — In-16 de 693 pages. — Prix : 8 francs.

La rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés, par le Dr Ch. Gannelon.

Démonstrations d'anatomie, par le Dr Sébileau.

Librairie **Alex. Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Les Médecins et les Chirurgiens de Flandre avant 1789, par le Dr A. Faidherbe. — Grand in-8°, 1892, avec planche. — Prix : 7 francs.

Librairie **Lewis**, Londres.

The hydro-electric methods in medicine, with chapters on current from the main, par W. S. Hedley.

Librairie **Oliver and Boy**, Édimbourg.

On congenital obliteration of the bile-ducts, par John Thomson.

Librairie **Morano**, Naples.

Sulle cosidette cellule da vizio cardiaco, ricerche anatomiche e cliniche del Dott. Francesco de Grazia.

Librairie **Bassi et Debri**, Modène.

Della cistotomia nell' uomo, par Zanelli.

Librairie **Vizzi**, Palerme.

Tavole statistiche della clinica chicurgica di Palermo diretta da E. Albanese, dal 1° marzo 1868 al 31 ottobre 1889.

Librairie **Thieme**, Leipsig.

Die Mikroorganismen der Mundhoehle die aertliche und allgemeinen Erkrankungen walche durch dieselben hervos gerufen Werden, par W. D. Miller.

Librairie **Gustav Fischer**, Iéna.

Herpès zoster and dessen Einreihung unter die Infections. Krankheitez, von Dr Th. von Wasiclewski.

— *Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes, par* Lowit. — Prix : 4 marcs 50.

Le gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 1.1.93

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Guide pratique des maladies mentales (séméiologie ; pronostic ; indications), par le Dr Paul Sollier, chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. in-18 de la *Bibliothèque diamant*, de xii-511 pages. — Prix : 5 francs.

Thérapeutique appliquée (consultations médicales sur quelques maladies fréquentes), par le Dr Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut.

Guide de l'étudiant à l'hôpital, par A. Bergé, interne des hôpitaux. (1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire Léauté.*) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, toile souple, 3 francs.

Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine, par le Dr A. Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire Léauté.*) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, toile souple, 3 francs.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants faites à l'hôpital général de Montpellier (1889-1892), par le Dr Léopold Baumel, professeur à la Faculté de médecine; chargé du cours de clinique des maladies des enfants; membre du conseil central d'hygiène et de salubrité du département de l'Hérault. (1 vol. in-8°, avec 7 figures dans le texte.) — Prix : 6 francs.

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut; Bouchard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine, membre de l'Institut; Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tome IV. — *Maladies des fosses nasales*, *maladies du larynx*, par A. Ruault. — *Asthme*, par E. Brissaud. — *Coqueluche*, par P. Le Gendre. — *Maladies des bronches, maladies chroniques du poumon*, *maladies du médiastin*, par A.-B. Marfan. — *Maladies aiguës du poumon*, *maladies de la plèvre*, par Netter. (1 vol. in-8° de 1100 p., avec figures noires et en couleur. — Prix : 22 francs.

Pratique de l'accouchement normal, par M. le Dr Ad. Olivier, chef du service des accouchements à la polyclinique de Paris. — Prix : 2 fr. 50.

Physiologie normale et pathologique du foie. — Aide-mémoire, par M. Roger, professeur-agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. — Prix : 2 fr. 50.

Pathologie générale des dermatoses. — Aide-Mémoire, par M. L. Brocq, médecin des hôpitaux, et M. L. Jacquet, ex-externe de Saint-Louis. — Prix : 2 fr. 50.

Evolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma (travail du laboratoire de M. le prof. KIENER), par A. BORROL, de Montpellier. (Broch. in-8° avec 2 planches). — Prix : 3 francs.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Bibliothèque médicale publiée sous la direction de MM. J.-M. CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G.-M. DEBOVE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral. (Vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Paludisme chronique, par le Dr CATRIN.

Pathogénie et traitement des néphrites et du mal de Bright, par le Dr LABADIE-LAGRAVE.

Les hemorroïdes, par le Dr OZENNE.

Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux, par PIERRE JANET, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, professeur agrégé de philosophie au collège Rollin, docteur ès-lettres, lauréat de l'Académie des sciences morales. (1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée, avec 7 fig. intercalées dans le texte.) — Prix : 3 fr. 50.

Les morphinomanes, étude clinique médico-légale et thérapeutique, par le Dr CHAMBARD. (1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Les névropathies laryngées, par le Dr H. LUC. (1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée, avec 17 fig. intercalées dans le texte.) — Prix : 3 fr. 50.

Anesthésie chirurgicale et obstétricale, par les Drs A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux, et E. CAUBET, chef de clinique gynécologique. (1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses, par PAUL BLOCQ, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpétrière.

La thérapeutique antiseptique, par le Dr E. TROUESSART, avec une préface de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. (1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr JUHEL-RENOY, médecin des hôpitaux de Paris. (1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

La chlorose, par le Dr CH. LUZET.

Les tuberculoses cutanées, par le Dr R. DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50

Traitement de la syphilis, par ALFRED FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Un fort volume in-8 carré, reliure d'amateur, peau pleine.) — Prix : 15 francs.

Manuel de médecine publié sous la direction de MM. G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Tome II. *Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.* (1 vol. relié, peau pleine souple, tête dorée, avec nombreuses fig.) — Prix : 10 francs.

Ce volume comprend : *Maladies du cœur.* — *Maladies des vaisseaux.* — *Maladies du sang* et un formulaire.

Conditions de la publication : Le *Manuel de médecine* comprendra huit volumes, ainsi distribués : I. *Maladies de l'appareil respiratoire.* — II. *Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.* — III et IV. *Maladies du système nerveux.* — V. *Maladies du tube digestif et du péritoine.* — VI. *Maladies du foie et des reins.* — VII et VIII. *Maladies générales.*

Cet ouvrage sera complet en un an. — Le prix de la souscription pour l'ouvrage complet, relié, est de 80 francs.

Les souscripteurs à l'ouvrage complet payeront le prix des volumes au fur et à mesure de l'apparition. Il ne sera donc fait aucun versement d'avance.

Chaque volume se vend séparément, et n'engage pas l'acquéreur pour l'achat des volumes à paraître.

Prix du deuxième volume relié : 10 francs.

Formulaire gynécologique et obstétrical, par M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. (2 vol. in-32 colombier, illustrés de 100 gravures en couleurs, reliés peau pleine, tête dorée.) — Prix : 8 francs chaque.

Librairie **Octave Doin**, place de l'Odéon, 8.

Traité de pathologie externe, par MM. Poulet et Bousquet, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. — Deuxième édition, entièrement remaniée et mise au courant par A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et H. Bousquet, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, membre correspondant de la Société de chirurgie. (3 vol. grand in-8, formant 3350 pages, avec 747 figures dans le texte.) — Prix : 50 francs.

Les trois volumes sont mis en vente. Cette deuxième édition reparaît complète aujourd'hui.

Manuel d'exploration clinique et de diagnostic médical, par le Dr E. Spehl, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles. (2e édition. 1 vol. in-8 cartonné, de 680 pages, avec 172 figures et 7 planches en couleurs hors texte.) — Prix : 12 fr. 50.

Traitement des maladies du foie (Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin, 1891-1892), par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. (1 vol. in-8 de 180 pages.) — Prix : 4 francs.

Manuel théorique, instrumental et pratique d'électrologie médicale, par G. Trouvé, ingénieur-électricien, avec une préface de M. le Dr Vigouroux. (1 vol. in-18 jésus de 750 pages, avec 273 figures, cartonnage diamant, tr. rouges.) — Prix : 8 francs. — Ce volume fait partie de la Bibliothèque de l'élève et du praticien.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par MM. Auvard, accoucheur des hôpitaux ; Brocq, médecin des hôpitaux ; Chaput, chirurgien des hôpitaux ; Delpeuch, médecin des hôpitaux ; Trousseau, oculiste aux Quinze-Vingts ; Desnos, ancien interne des hôpitaux ; Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux. — Directeur de la publication : A. Auvard. (1 vol. in-16 carré de 700 pages, relié maroquin, tranches peigne.) — Prix : 8 francs.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. — *Action des corps animés des microbes pathogènes et de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes* (7e fascicule. In-8 de 115 pages avec fig.) — Prix : 2 fr. 50.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le Dr A. Bourgeois. (Une broch. de 51 pages). — Prix : 1 fr. 50.

Compte rendu de chirurgie oculaire (année 1891, statistique et analyse), par le Dr A. Bourgeois. (1 broch. de 24 pages.) — Prix : 1 franc.

Leçons cliniques sur les maladies abdominales et sur l'emploi interne des eaux minérales, par G.-A. Zakharine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Moscou, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Traduit de la 2e édition russe par le Dr Œlsnitz (de Nice). (1 vol. in-8 de 175 pages). — Prix : 4 francs.

Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens, par le professeur docteur Karl Löbker, chirurgien en chef de l'hôpital « Bergmunsheil » à Bochum. Traduit d'après la troisième édition allemande par le Dr Herman Hauquet. Préface par M. Alex. Winiwarter, professeur à l'Université de Liège. (1 vol. grand in-8 de xvi-576 pages, avec 276 figures.) — Prix : 16 francs.

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par le Dr E. Malvoz, assistant d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Université de Liège (mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique.) (1 vol. in-8.) — Prix : 2 francs.

Recherches expérimentales sur la respiration, les inhalations d'oxygène, sommeil et anesthésie, l'intoxication oxycarbonique, par le Dr L.-G. de Saint-Martin. (1 vol. in-8 de 345 pages avec 35 figures dans le texte). — Prix : 10 francs.

Manuel d'asepsie, par le Dr C. Schimmelbusch, assistant à la clinique chirurgicale royale du professeur von Bergmann, à Berlin. Introduction par le professeur von Bergmann, cons. privé. Traduction du Dr Ch. Debersaques, assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien adjoint à l'hôpital civil. Préface de M. le Dr Ad. de Cock, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien à l'hôpital civil. (1 vol. in-12 cartonné de 203 pages avec figures dans le texte.) — Prix : 6 francs.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Précis d'hygiène de la première enfance, par le Dr Jules Rouvier, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth. Préface du Dr Pierre Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, accoucheur à la Charité. (1 vol. in-18 jésus de 500 pages avec figures, cartonné.) — Prix : 6 francs.

De l'oxygénation des nouveau-nés, par Mlle Camille Landais, moniteur à la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de Paris. (1 vol. grand in-8, 137 pages avec figures.) — Prix : 3 fr. 50.

Diagnostic des affections de l'oreille par l'emploi du diapason, par G. Labit, docteur en médecine. (Gr. in-8, 114 pages.) — Prix : 3 francs.

De la densité du sang, sa détermination clinique, ses variations physiologiques et pathologiques, par le Dr B. Lyonnet. (Gr. in-8, 160 pages.) — Prix : 4 francs.

Les diplégies cérébrales de l'enfance, par le Dr Émile Rosenthal, de Vienne (Autriche). — Gr. in-8, 160 pages avec tableaux. — Prix : 4 francs.

Les médicaments oubliés. La thériaque. Étude historique pharmacologique, par J. Bernhard, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un volume in-18 de 150 pages (petite Bibliothèque médicale). — Prix : 2 francs.

Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozoiodolate de mercure en particulier, par Moïse Eudlitz, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe de l'hôpital Saint-Louis. — Gr. in-8°, 176 pages. — Prix : 4 francs.

La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par E. Delefosse, docteur en médecine, rédacteur en chef des *Annales des organes génito-urinaires.*—Un volume in-18 jésus de 234 pages avec 49 figures, cartonné. — Prix : 4 francs.

Les sujets de sexe douteux, leur état psychique, leur condition relativement au mariage, par G. Dailliez, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Gr. in-8, 112 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Félix Alcan**, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Manuel de petite chirurgie, de A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Madrid, etc. Septième édition, entièrement refondue et illustrée de 415 figures intercalées dans le texte, par Félix Terrier, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 fort vol. grand in-18, de 830 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 8 francs.

L'hygiène nouvelle dans la famille, préface du Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, par le Dr A.-A. Cancalon. (In-8 de 100 pages environ.) — Prix : 3 fr. 50.

Les aortites, par le Dr Maurice Bureau, ancien interne des hôpitaux de Paris. (In-8 de 200 pages, avec tracés.) — Prix : 4 francs.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, et rue Antoine-Dubois, 4.

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose, par le Dr Samuel Bernheim. (Un fort volume in-8 de 600 pages.) — Prix : 7 fr. 50.

Clinique. — Etiologie. — Tuberculose expérimentale. — Anatomie pathologique. — Bactériologie. — Prophylaxie. — Immunités naturelles ou acquises. — Thérapeutique, etc., sont magistralement traitées dans ce manuel complet de la tuberculose.

Le Nicotinisme, nouvelle étude de psychologie, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris. — Avec dix portraits hors texte. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Berthier**, boulevard Saint-Germain.

Chimie inorganique et organique, *botanique, zoologie*, notes recueillies pour servir au 4e examen, par P. L. Worthington.

Thérapeutique chirurgicale, *trachéotomie, laryngostomie*, par Worthington.

Ces deux ouvrages seront d'une utilité considérable non seulement aux élèves qui préparent leurs examens, mais encore aux praticiens qui veulent retrouver des renseignements depuis longtemps oubliés.

Sous une forme succincte, mais très claire et très méthodique, ils présentent des résumés de toutes les connaissances pratiques sur la chimie, l'histoire naturelle et la matière médicale. On y reconnaît l'inspiration d'un professeur éminent, qui a formé de nombreuses générations de docteurs, Martin-Damourette ; le Dr Worthington ne s'est pas borné au rôle du sténographe et, dans l'arrangement des matières qu'il a recueillies à ces cours aussi bien que dans leur rédaction claire et lucide, on reconnaît la marque de sa personnalité.

Librairie **Carré**, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Les perversions de l'instinct génital ; étude sur l'inversion sexuelle basée sur des documents officiels, par le Dr Moll, avec préface de Krafft-Ebing, traduit de l'allemand par les docteurs Pactet et Romme.

Librairie **Manceaux**, Bruxelles.

Du traitement des maladies du cœur par la méthode des docteurs Schott, de Nauheim, par le Dr Mœller. — Prix : 1 franc.

Librairie **Henrich**, Barcelone.

Nuevo concepto de la histologia de los centros nerviosos, per el Dr Santiago Ramon y Cajal.

Tipografia **delle Mantellate**, Rome.

Della conservazione dei virus in glicerina nota del Dott. A. Sclavo.

Di un nuovo apparecchio per la presa dell'acqua a profondita, par A. Sclavo.

Di un rapido processo per la colorazione delle ciglia di alcuni microorganismi, par Sclavo.

Di alcune nuove proprieta dello spirillo colerigeno di Koch e degli spirilli affini di Metschnikoff, di Finkler et di Deneke, par Sclavo.

Di alcune differenzie esistenti fra gli spirilli del colera isoloti in diverse epidemie, par Sclavo.

Librairie **Morano,** Naples.

Anomalie psichiche e psicopatie che stanno in rapporto colle diverse neuropatie, par Dott. Augusto di Luzenberger.

Librairie **Bernardino**, Siena.

La leva in ostetricia, par Muzio Pazzi.



Le gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 2.4.93

